

temas em
saúde

Depressão Pós-Parto

Câncer de Pênis

Síndrome de Burnout

Infecção Urinária

Retocolite Ulcerativa

Gravidez na Adolescência

temas em Saúde

Volume 13 - número 1 - jul./set. 2013
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: contato@temasensaude.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

Alterações no Cotidiano de Pacientes em Tratamento Hemodialítico: Visão de Enfermeiros <i>Daily Alterations of Patients Undergoing Hemodialysis: Vision of Nursing</i>	07
Identificação de Fatores de Risco para Depressão em um Grupo de Idosos <i>Identification of Risk Factors for Depression in a Group of Elderly</i>	12
Ações de Enfermagem na Prevenção de Úlcera de Pressão em Idosos Hospitalizados <i>Shares of Nursing in the Prevention of Pressure Ulcer in Elderly Hospitalized</i>	17
Retocolite Ulcerativa: Uma Revisão Literária <i>Ulcerative Colitis: A Literary Review</i>	23
Uso de Álcool e Fatores Associados entre Acadêmicos Concluintes de Enfermagem <i>Use of Alcohol and Associated Factors Among the Senior Nursing Students</i>	30
Estudo Comparativo da Percepção Sobre Síndrome de Down Entre Educadores de Uma Escola Regular X Uma Escola Excepcional <i>Comparative Study of Perception About Down Syndrome Among Educators Of A Regular School X An Exceptional Scholl</i>	35
Conhecimento de Um Grupo de Mulheres Sobre o Climatério <i>Knowledge of a Group of Women on Perimenopause</i>	42
Incidência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) Numa Maternidade do Sertão Paraibano <i>Impact of Disease Preeclampsia (HDP) in The Motherhood Hinterlands Paraibano</i>	47
Processo Inflamatório da Osteomielite <i>Inflammatory Process of Osteomyelitis</i>	51
Visão de Acadêmicos de Enfermagem sobre a Atuação do Enfermeiro na Assistência ao Idoso Durante a Formação Acadêmica <i>The Vision of Nursing Students on The Role of Nurses in Caring for The Elderly During Their Academic Courseworks</i>	55
Assistência de Enfermagem à Puérperas Acometidas por Depressão Pós-Parto <i>Nursing Care Provided Postpartum Women Affected By Postpartum Depression</i>	61
Conhecimento de Gestantes Atendidas em Unidades de Saúde da Família Sobre Candidíase <i>Knowledge About Candidiasis of Pregnant Women Assisted by Health Care Units</i>	67
Dosagem dos Hormônios Tireoestimulante e Tiroxina Livre em Gestantes Atendidas em Uma Unidade de Saúde da Família <i>Dosage of The Hormones Tireoestimulante and Tiroxina Liberates in Pregnant Women of an USF in an Family Health Unit</i>	73
O Manejo do Odor em Feridas Neoplásicas: Uma Revisão Integrativa da Literatura <i>Management of Odor in Wound Neoplastic: An Integrative Review of the Literature</i>	78
Conhecimento de Usuários da Estratégia Saúde da Família Acerca do Câncer de Pênis <i>User knowledge of the Family Health Strategy About Prostate Cancer</i>	85
Assistência de Enfermagem ao Paciente Portador da Diabetes Tipo 2 <i>Nursing care to Patient with Type 2 Diabetes</i>	90
Avaliação dos Principais Fatores de Riscos ao Infarto Agudo do Miocárdio <i>Evaluation of The Main Risk Factors of Acute Myocardial Infarction</i>	94
Prevalência de Neoplasia Maligna da Próstata na Cidade de Caicó-RN <i>Prevalence of Malignant Neoplasm of The Prostate in The City of Caicó-RN</i>	99

Prevalência de Papilomavírus Humano em Mulheres Atendidas nas Unidades de Saúde da Cidade de Patos-PB <i>Human Papillomavirus Prevalence in Women Attending Health Facilities in The City of Patos-PB.</i>	104
Assistência de Enfermagem Prestada aos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 nas Unidades Básicas de Saúde <i>Nursing Care Given to Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Basic Health Units.</i>	110
Exames Citopatológicos: Avaliação dos Resultados Microbiológicos entre os Anos de 2009 a 2011 no Município de Ouro Branco-RN <i>Cytopathology Exam: Microbiology Evaluation of Results Between The Years 2009 to 2011 in The City of White Gold-RN.</i>	118
Assistência de Enfermagem e Percepção de Mulheres Acerca do Aleitamento Materno em Um Município do Sertão Paraibano <i>Nursing Care and Women's Perceptions About Breastfeeding in a Paraíba Desert City.</i>	123
Câncer de Colo Uterino: Resistência de Mulheres ao Exame Citopatológico <i>Cervical Cancer: Resistance of Woman to Citopatologic Examen.</i>	129
Prevalência de Enteroparasitose em Crianças Frequentadoras de Creche Pública <i>Prevalence of parasitic infections in children attending the Nursery Public.</i>	134
Infecção Urinária em Gestantes Assistidas em Uma Unidade da Estratégia Saúde da Família <i>Urinary Infection in Pregnancy Strategy Family Health Assisted.</i>	139
Câncer de Mama: Avaliação do Nível de Informações de Um Grupo de Mulheres <i>Breast Cancer: Evaluation of Level of Information From a Group of Women.</i>	144
Incidência de Diarréia em Crianças de 0 a 2 Anos Oriundas de Bairros de Baixo Poder Socioeconômico <i>Impact of diarrhea in Children from 0 To 2 Years from The neighborhoods of Low power socioeconomic.</i>	150
Incidência de Abortamento em Uma Instituição Pública <i>Incidence of Abortion in a Public Institution.</i>	157
Qualidade de Vida de Um Grupo de Idosos que Praticam Atividades Físicas <i>Quality of Life A Group of Elderly Who Have Physical Activities.</i>	163
Câncer de Próstata: Implicações da Sexualidade Masculina para sua Prevenção <i>Prostate Cancer Implications of Male Sexuality for Their Prevention.</i>	169
Papanicolaou: Sentimentos e Conhecimento da Mulher para a Realização do Exame na Perspectiva da Qualidade de Vida <i>Feelings and Knowledge of Women For The Conduct of The Examination in View of Quality of Life.</i>	175
Câncer de Próstata: Atuação Preventiva de Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família <i>Prostate Cancer: Preventive action of Nurses in the Family Health Strategy.</i>	178
Parasitismo Intestinal em Manipuladores de Alimentos de Escolas Públicas <i>Parasitism Bowel in Food Handlers of Public Schools.</i>	182
Percepção de Mulheres na Estratégia Saúde da Família sobre Exame Citopatológico <i>Perception of Women in Family Health Strategy Pap smear.</i>	188
A Mãe Vivenciando o Risco de Vida do Recém-Nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal <i>The Mother Experiencing The Life-Threatening of The Newborn in Neonatal Intensive Care Unit.</i>	194
Síndrome de Burnout: Incidência entre Profissionais que Atuam em Um Bloco Cirúrgico <i>Burnout Syndrome: Incidence among professionals working in the Surgical A.</i>	199
A Vida Privada de Liberdade: História de Vida de Mulheres Encarceradas <i>The Life Private of Freedom: Life History of Imprisoned Women.</i>	204
Acidente Ocupacional com Material Biológico: Experiência de Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar <i>Occupational Accident with Biological Material: Nurse Experience in Pre-Service Hospitalar.</i>	210

	Atuação de Enfermeiros no Método Mãe Canguru <i>Practice Nurses in Kangaroo Mother Care.....</i>	215
	Assistência de Enfermagem na Prevenção do Câncer de Mama na Estratégia Saúde da Família <i>Nursing Assistance in Preventing Breast Cancer in The Family Healthcare Strategy Center.....</i>	220
	Conhecimento de Gestantes Sobre os Riscos da Automedicação Durante o Período Gestacional <i>Knowledge of Pregnant Women About The Risks of Self During The Gestational Period.....</i>	226
	Depressão Pós-Parto: Papel do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família <i>Postpartum Depression: Role of Nurse Strategy Family Health.....</i>	233
	Diabetes Mellitus Tipo II: Adesão de Pessoas Idosas à Terapia <i>Diabetes Mellitus Type II: Adherence of Older People Enrolled to Therapy.....</i>	239
	Percepção de Usuários de uma Unidade Básica de Saúde sobre Fatores de Risco para Hipertensão Arterial <i>User perception of a Basic Health Unit on Risk Factors for Hypertension.....</i>	246
	Prematuridade: Percepção de Gestantes Acerca do Parto Pré-Termo <i>Perception of The Pregnant Women on The Premature Birth.....</i>	250
	Percepção de Enfermeiros sobre Papilomavirus Humano em Unidades Básicas de Saúde <i>Perception of Nurses of Human Papillomavirus in Basic Health Units.....</i>	256
	Prevalência de Hipertensão Arterial em Idosos de Uma Unidade de Saúde da Família <i>Prevalence of Arterial Hypertension in The Elderly in a Family Health Unit.....</i>	262
	Qualidade de Vida de Indivíduos Portadores de hipertensão Arterial em Uma Unidade de Saúde <i>Quality of Life in Patients With Hypertension Individuals in a Health Unit.....</i>	267
	Gravidez na Adolescência e As Suas Consequências <i>Adolescent Pregnancy and It's Consequences.....</i>	273
	Hipertensão Arterial: Procurando Compreender a Convivência de Um Grupo de Idosos com Hipertensão Arterial <i>Arterial Hypertension: Trying to Understand The Coexistence of A Group of Elderly Patients With Hypertension.....</i>	278
	Perfil Epidemiológico da Mortalidade por Causas Externas em Um Município Paraibano no Período de 2006 a 2010 <i>Epidemiological Profile of Mortality in an External Causes City Paraibano The Period 2006 to 2010.....</i>	286
	Nível de Satisfação sobre a Assistência Realizada Pelo Enfermeiro <i>Satisfaction Level of Assistance Held By Nurse.....</i>	292
	Parâmetros Físico-Químicos e Microbiológicos da Água no Bairro Multirão do Município de Patos-PB <i>Physical and Chemical Parameters and Microbiology of Water in The City of Neighborhood Multirão Patos-PB.....</i>	297
	Perfil da Demanda Masculina Atendida em Uma Unidade de Saúde da Família no Município de Patos-PB: Um Estudo Epidemiológico <i>Demand Profile in a Male Attended The Family Health Unit in The City of Patos-PB: An Epidemiological Study.....</i>	302
	A Pessoa Idosa Hospitalizada: Análise do Processo de Cuidar <i>The Hospitalized Elderly: Analysis of Caring.....</i>	307
	Pessoas com Hipertensão Arterial: Avaliando a Assistência de Enfermagem <i>People With Hypertension: Evaluating Nursing Care.....</i>	314
	Uso de Equipamentos de Proteção Individual por Profissionais na Estratégia Saúde da Família <i>Use of Equipment Individual Protection for Professionals in Family Health Strategy.....</i>	321

Leucemia Mielóide Crônica: Uma Revisão Bibliográfica <i>Chronic Leukemia Mielóide: A Literature Review.</i>	326
Prevenção de Complicações Cardiovasculares em Diabetes Mellitus <i>Prevention of Cardiovascular Complications in Diabetes Mellitus.</i>	330
Prevalência da Desnutrição em Crianças de Zero a Cinco Anos em Uma Unidade de Saúde da Família <i>Prevalence of Malnutrition in Children Zero to Five Years in One Unit Family Health.</i>	337
Traumatismo Cranioencefálico : Assistência Prestada por Um Grupo de Enfermeiros <i>Traumatic Brain Injury: Assistance By a Group of Nurses.</i>	343
Qualidade de Vida Entre Idosos que Participam das Atividades de Um Grupo de Convivência <i>Quality of Life Among Seniors Who Participative in The Activities of a Group of Living Together.</i>	350
Dificuldades de Um Grupo de Mães em Cuidar de Crianças com Síndrome de Down <i>Difficulties in Group A Mothers Caring for Children with Down Syndrome.</i>	356
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Percepção de Usuários <i>Mobile Emergency Care Service: Perception of Users.</i>	361
Traumatismo Cranioencefálico e a Atuação do Enfermeiro Junto às Respectivas Vítimas <i>Traumatic Brain Injury and the Role of the Nurse with the Respective Victims.</i>	365
Câncer de Mama: Mudanças Ocorridas na Vida de Mulheres Mastectomizadas <i>Breast Câncer: Changes in The Lives of Mastectomized Women.</i>	376

EDITORIAL

Ao cumprimentar o público leitor e os autores de artigos publicados na revista Temas em Saúde, temos a satisfação de brindar com todos mais um número deste periódico, que a partir de agora fica vinculado ao curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - PB, conforme foi informado anteriormente. Neste número, veicula um volume significativamente maior de artigos, bastante diversificados nas temáticas abordadas, cumprindo assim a missão interdisciplinar desta revista.

Nossos agradecimentos a todo aquele que, depositando confiança neste veículo de comunicação científica, submeteu seu artigo ao corpo científico da revista Temas em Saúde, solicitando sua publicação. Nesta oportunidade, agradecemos a preferência e informamos ao público em geral, especificamente aos leitores deste periódico que, a partir de agora o mesmo passará a disponibilizar *online* todos os artigos científicos nele publicados, garantindo mais efetivamente o acesso a todos que tiverem interesse pelas temáticas nele publicadas.

Aos que tiverem a oportunidade de ler este editorial, nós queremos expressar nossa gratidão pela atenção dispensada, desejar boas reflexões, apreensão, construção e (re) construção do conhecimento científico, a partir das leituras que forem realizadas nos artigos contidos neste número e garantimos continuar investindo esforços para que o conhecimento científico continue sendo o objeto de interesse deste periódico, de forma interdisciplinar.

Editor-Presidente.

Alterações no Cotidiano de Pacientes em Tratamento Hemodialítico: Visão de Enfermeiros¹

Daily Alterations of Patients Undergoing Hemodialysis: Vision of Nursing

Raquel Campos de Medeiros²

Michele Baffi Diniz³

Tarciana Sampaio Costa⁴

Rosa Martha Ventura Nunes⁵

Carlos Bezerra de Lima⁶

RESUMO: Este estudo teve como objetivos investigar as mudanças biopsicossociais que ocorrem em pacientes em tratamento hemodialítico, assim como discutir as limitações e dificuldades em seu cotidiano. Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa realizada em uma unidade de tratamento hemodialítico da rede privada de assistência, que contou com a participação de cinco pacientes que faziam tratamento há pelo menos um ano na referida unidade. Os dados foram coletados e analisados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre. Os resultados representados através dos discursos dos sujeitos dos quais se extraíram as idéias centrais permitiram identificar que a experiência do tratamento hemodialítico no cotidiano dos pacientes é extremamente dolorosa, comprometendo tanto o estado físico quanto o emocional, trazendo sentimentos de inutilidade, depressão, isolamento, medo e alterações em seu estilo de vida. Nesse contexto, é possível notar a importância do enfermeiro, que pode assumir um papel de apoio extremamente peculiar, que vai desde orientações dadas aos pacientes e familiares até ajuda e enfrentamento para adaptação dos pacientes frente às alterações que ocorrem durante todo o processo da doença e do tratamento.

UNITERMOS: Acontecimento que mudam a vida. Estilo de vida. Insuficiência renal crônica. Tratamento hemodialítico.

ABSTRACT: *The aim of this study was to investigate the biopsychosocial changes that occur in patients undergoing hemodialysis, and thus to identify the limitations and difficulties in their daily lives. This is an exploratory qualitative research conducted in a hemodialysis unit of the private network from João Pessoa - PB, which had the participation of five patients undergoing hemodialysis for at least one year in that unit. Data were collected and analyzed through the technique of the Discourse of the Collective Subject of Lefèvre. The results represented by means of the speeches from which the central ideas were extracted have identified that the daily experience in hemodialysis patients is extremely painful, affecting both the physical and emotional health, bringing feelings of worthlessness, depression, isolation, fear and changes in their lifestyle. In this context, it is possible to realize the importance of nursing, since it can assume an extremely peculiar supporting role, ranging from guidelines to patients and families, as well as offering help and support for the patients' adaptation to face the changes that occur throughout the process disease and treatment.*

KEYWORDS: *Life Change Events, Life Style, Chronic Renal Insufficiency, Hemodialysis Units Hospital.*

1. Artigo extraído de Monografia apresentado à FASER em 2007 para obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem.

2. Professora Mestre das Faculdades Integradas de Patos.

3. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Cruzeiro do Sul - UNICSUL.

4. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências pela Faculdade de Medicina do ABC Paulista - FMABC.

5. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Cruzeiro do Sul - UNICSUL.

6. Professor Doutor Coordenador do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

A hemodiálise é realizada para remover produtos de degradação e outras impurezas do sangue de indivíduos com insuficiência renal. Esse procedimento remove o sangue do corpo do paciente por um acesso criado cirurgicamente (fístula ou catéter) com ajuda de uma bomba, fazendo com que o sangue circule através de uma máquina dialisadora (unidade filtrante), e em seguida, devolvendo-o ao corpo do paciente (ARCHER, 2005).

O procedimento é realizado quando se perde a função do rim totalmente ou parcialmente e quando a dieta e as outras formas de tratamento são incontroladas. Em geral tem duração em média de 3 a 4 horas, e deve ser feito 3 vezes por semana ou conforme a necessidade de cada paciente. Este tratamento proporciona reabilitação e melhora na qualidade de vida, porém não proporciona o estado de saúde similar ao que o paciente tinha antes, uma vez que o corpo fica bastante debilitado (MANGANARO *et al.*, 2006).

As complicações mais frequentes durante o tratamento hemodialítico são hipotensão arterial, convulsão, reações febris e calafrios, cefaléia, náuseas, mal-estar, vômitos, tontura, câibras musculares e anemia crônica, embolia gasosa, flebite, espasmo venoso, hemólise, sangramento excessivo, complicações cardiovasculares e distúrbios do metabolismo do cálcio (FERMI, 2003).

O tratamento hemodialítico compromete o estilo de vida do paciente não só no aspecto físico, como também emocional, uma vez que o paciente passa por uma fase de estresse devido à limitação provocada pela doença e seu tratamento, sendo necessário reaprender a viver de uma maneira regrada. O paciente tem limitações no seu cotidiano e vivencia sentimentos de perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na qualidade de vida, tais como a perda do emprego, as alterações na imagem corporal e as restrições dietéticas e hídricas (MARTINS; CESSARINO, 2005).

A experiência no tratamento de hemodiálise é única, pois faz como que o paciente se sinta dependente de uma máquina de diálise e da equipe de saúde, além do sofrimento gerado pela própria doença (HIGA *et al.*, 2008). Este tratamento transforma as condições da pessoa em um cotidiano monótono e restrito, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores estes que vão refletir na qualidade de vida. Recentemente as atenções se voltam para uma terapêutica voltada para a qualidade de vida do paciente renal crônico. Esta busca baseia-se na constatação de que alcançar um estado de bem estar físico e mental somente é possível tendo como resultado a recuperação da autonomia, das atividades do trabalho e lazer, da preservação da esperança e do senso de utilidade das pessoas submetidas à hemodiálise (MARTINS; CESSARINO, 2005).

Nesse sentido, entendemos que o tratamento hemodialítico em paciente renal crônico poderá trazer alterações na rotina de vida dessas pessoas. Nesse contexto, este estudo teve como objetivos (1) identificar as mudanças biopsicossociais que ocorreram em pacientes em tratamento hemodialítico prolongado, e (2) identificar as limitações e dificuldades no cotidiano desses pacientes decorrentes do tratamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Inicialmente, este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat (FASER), conforme as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o parecer de nº 051/2007.

O estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa foi desenvolvido em uma unidade de hemodiálise privada localizada no município de João Pessoa-PB. A amostra foi constituída de 5 pacientes, com idade entre 29 e 70 anos, de ambos os gêneros, portadores de insuficiência renal crônica em uso de hemodiálise há mais de um ano. A participação foi voluntária a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista gravada em um aparelho de Mp4, através de um roteiro semi-estruturado, previamente elaborado com questões pertinentes aos objetivos da pesquisa. A entrevista foi realizada por um pesquisador treinado no próprio local de tratamento hemodialítico do paciente, ou em sua residência, em um horário previamente agendado.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) à luz de Lefèvre e Lefèvre (2005), que consiste em um conjunto de falas individuais das quais são retiradas as idéias centrais para a construção de um discurso-síntese que representa o pensamento coletivo, emitido por pessoas distintas, como resposta à perguntas abertas de questionário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por cinco pacientes que frequentavam a referida unidade de tratamento, fazendo hemodiálise três vezes por semana. Desses, três pacientes eram do gênero masculino e dois do gênero feminino. Em relação ao estado civil, três eram casados, um viúvo e um divorciado. Dentre os pacientes, quatro eram aposentados e somente uma é trabalhadora do lar. Com relação ao tempo de tratamento hemodialítico, os pacientes estavam fazendo tratamento entre um a quatro anos.

As informações provenientes dos depoimentos foram organizadas por meio da seleção das expressões chave de cada discurso particular, identificação da idéia central de cada uma das expressões chave e reunião das expressões chave formando o Discurso do Sujeito Coletivo.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Questão 01: Depois que o Sr.(a) iniciou este tratamento, que mudanças houveram no seu estado de saúde?

Idéia Central - Apesar do tratamento ter trazido melhora no estado de saúde, traz limitações significantes na saúde e no emocional.

Discursos do Sujeito Coletivo

“Minina eu já passei por tanta da coisa no mundo, que eu nem sei lhe dizer, se foi essa ou outra, ou se vai vim

ainda mai pior pra eu responde, mai houve meiora, pra vista do que eu tava, tive meiora mai, mas acho que essa foi a pior que tive, por que aqui veio tudo de uma vez só, coração, pressão, fiquei sem andar [...] Ah, mudou tudo, muda tudo, por que a pessoa quando tem saúde, a pessoa trabalha, faz varias coisas, depois que o caba adocece depois desse problema, não pode pega peso, é não pode anda muito, por que tem dificuldade de anda, muda tudo com certeza, não tenho mai aquela força, aquela agilidade, que tinha antes, não tem, fica como uma pessoa como debilitada [...] Tive mudança, mais pra melhor, melhor tudo, depois do tratamento, se não ia se pio se não tivesse fazendo [...] Mudou tudo pra melhor, tudo pra melhor, num ta bom bom, mai dá pra leva ate quando Deus quiser, por que o sofrimento é grande [...] - É o serviço de casa que eu não posso faze muito, a mudança foi essa, o trabalho que não posso pega peso, extravagança., esses negocio não.”

No Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) a maioria dos pacientes afirma que o tratamento trouxe melhoras no seu estado de saúde, como também trouxe limitações significativas na sua rotina e no seu estado emocional. Em contrapartida, dois pacientes relataram que as mudanças que ocorreram para melhor, sobrepueram as alterações que aconteceram.

Os resultados estão de acordo com Barbosa; Valadares (2009), que observou que o tratamento hemodialítico prolonga a vida do paciente, mas não controla totalmente as alterações do curso natural da doença, e em longo prazo, produz resultados inconstantes. De modo geral o tratamento diminui os sintomas causados pela doença, melhorando a sua condição física, porém o tratamento provoca complicações sistêmicas no organismo do paciente, determinando restrições, e com isso proporciona o sentimento de limitação.

Questão 02: Que mudanças ocorreram em relação ao seu convívio social?

Idéia Central 01 - Mudou muito, se afastaram os amigos e familiares, devido a limitação que o tratamento impõe.

Discursos do Sujeito Coletivo

“Ah, isso dai acabou, nê, acabou por que o meu convívio social, com alguém por ai, era da seguinte maneira, era eu trabalhar; por que eu gostava de trabalha, se eu tivesse minha saúde eu trabalhava ate morrer; por que eu fazia o que eu queria, isso aqui mudou [...] Ah mudou, mai mudou pouco, por que você não pode anda é, não pode ir pra uma festa, assim, uma coisa, eu tiro por mim, eu nem ando mais por conta de que eu não posso anda de pé, é, só de carro, de ônibus não posso anda, fico mais em casa, só mais com a família em casa [...] Não...Continua o mermo... num mudou não...só se afastaram um pouquinho, nê...por que num é como antigamente.”

Idéia Central 02 - Não mudou. As coisas continuam do mesmo jeito.

Discursos do Sujeito Coletivo

“As pessoas ficam mais próxima, me bajulando, faz mais a minhas vontades...(risos) fazem meus gosto...(risos) [...] Bem, bem... tudo bem, tá tudo do mermo jeito, tudo em ordi.”

Para a Questão 2, emergiram dois Discursos do Sujeito Coletivo, e portanto, duas idéias centrais acerca das mudanças que houveram no convívio social dos pacientes.

Como podemos observar, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) expresso na idéia central 1 da Questão 2, revela que o tratamento traz mudanças no convívio com os amigos e familiares, pois sua rotina é alterada e até sua locomoção diminui, o paciente torna-se debilitado e não tem tanta disposição. Mas também é perceptível que a primeira atitude dos pacientes participantes foi negar a mudança, ou seja, eles não deram valor às mudanças que ocorreram em suas vidas e no convívio social. De acordo com Diniz (2006), a negação é uma reação de adaptação e faz com que o paciente perceba e não valorize as perdas vividas pelo tratamento, a sua dependência ao tratamento como também os riscos de vida que o mesmo trás, reassumindo suas atividades.

As mudanças impõem limitações no convívio com os amigos e familiares, pois a rotina do paciente se torna limitada, uma vez que o tempo que anteriormente era utilizado para a sua rotina de trabalho/estudo e agora foi substituída pelas rotinas de diálise três vezes por semanas de 3 a 4 horas. Além disso, os pacientes vivenciam constantemente rotinas com relação à intensa busca de saúde, pois sua capacidade de locomoção é diminuída por causa do tratamento.

Observações semelhantes também foram descritas por Barbosa; Valadares (2009), quando afirmam que a debilitação física do paciente dificulta a manutenção dos seus hábitos, causando isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidades da adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e ainda, um sentimento de restrições.

No Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) expresso na idéia central 2 da Questão 2, os pacientes afirmaram não ter ocorrido mudanças e expressaram aceitação ao tratamento, assim como, afirmaram que houve mais aproximação das pessoas e que elas buscaram fazer as vontades dos mesmos, sentimento esse que expressa carência. Para Diniz, (2006), os indivíduos que passam pelo processo do adoecer crônico, se sentem inseguros e carentes, passando a utilizar a doença para receber mais atenção e carinho, devendo receber apoio emocional.

Para alguns pacientes, a hemodiálise representa esperança de vida diante da doença que não tem cura. As restrições da doença e do tratamento são rigorosas, sendo que a aceitação e a adesão ao mesmo diversificam de paciente para paciente, dependendo do valor que ele atribuiu a si próprio, e a sua vida, de modo que as pessoas que fazem parte da sua família e convívio social encaram a condição e oferecem apoio durante sua trajetória (DINIZ, 2006). Vale ressaltar que a aderência ao tratamento e a conformação com a doença depende do perfil da personalidade do paciente, podendo isso indicar uma melhor adesão ao tratamento como também às alterações que irão ocorrer (VENZON; ALCHIERI, 2005).

Para Patat et al. (2012), o doente renal crônico vivência uma brusca mudança no seu viver, convive com limitações, com o tratamento doloroso que é a hemodiálise, com um pensar na morte, mas convive também com a possibilidade de submeter-se ao transplante renal e a expectativa de melhorar a sua qualidade de vida.

Questão 03: Que mudanças ocorreram em relação ao seu comportamento?

Idéia Central - Vivência sentimento de incapacidade, dependência, depressão, impaciência e inutilidade

Discursos do Sujeito Coletivo

“Houve, acho que, deprimido não, tive é uma coisinha pouca não é tanto não, fico agitado, nervoso e tomo remédio pra dormi [...] Mudou, eu me sinto, um inútil, por que eu não faço nada.. as coisas que eu fazia antes eu não faço [...] Mudou tudo, antes eu tinha meu dinheirín, hoje dependo [...] Mudou, mudou, tem vez que fico sem paciência, nevoso, calado, emburrado, sem sabe por que [...] Tem hora que mea assim, calada, as vez mea depressiva.”

Conforme a idéia central acerca das mudanças que ocorreram em relação ao seu comportamento, obtida a partir do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da Questão 3, observou-se que os pacientes vivenciam constantemente sentimentos de incapacidade, dependência, depressão, impaciência e inutilidade, agitação, nervosismo, sentimentos esse que acontecem após a perda de suas funções na sociedade e em seu lar. Além disso, enfrentam o estresse para se adaptarem a uma nova vida e nova rotina que são totalmente diferentes das vividas antes do tratamento. Esses resultados articulam-se com os achados de Venzon e Alchieri (2005), que relataram episódios de tristeza, humor depressivo, isolamento, angústia e aceitação de diversas formas por esses pacientes. Esses autores atribuíram tais sentimentos e atitudes ao período de adaptação a sua nova rotina, que traz insegurança e perdas. Trentini et al. (2004) também observaram que os pacientes com a sua produtividade diminuída e muitas vezes nula, apresentaram sentimentos de inutilidade, privações de suas atribuições rotineiras e de contribuição para a vida e o mundo.

Para Madeiro et al. (2010), o estresse é provocado pelas perdas, pelas alterações na vida dos pacientes, na sua imagem e na função corpórea, como parada da micção, redução da energia física, alteração da função sexual, aparência alterada devido ao acesso cirúrgico, doenças ósseas e deteriorização física, e assim, o risco de morte. A depressão também é uma resposta às perdas vividas pelo paciente no tratamento que é milagroso e monstruoso ao mesmo tempo.

De acordo com Trentini et al. (2004), os pacientes renais crônicos acabam se tornando desanimados, desesperados e, muitas vezes, por essas razões ou por falta de orientação, acabam abandonando o tratamento ou não dando importância aos cuidados que deveriam ter. Para o referido autor é necessário estimular suas capacidades, para se adaptar de maneira positiva ao novo estilo de vida e assumirem o controle de seu tratamento.

Questão 04: Que limitações dificuldades o (a) senhor (a) encontrou no seu cotidiano depois do tratamento hemodialítico?

Idéia Central - O tratamento impõe uma rotina de limitações que vai desde o convívio com os amigos, a locomoção, o trabalho e na própria alimentação.

Discursos do Sujeito Coletivo

“Oh, minha santa, só eu não poder me locomover pra os cantos sozinho, não é um sofrimento? [...] Acho que muita coisa, muita coisa, muda na pessoa, muita coisa, muita, você tem um contato assim, por exemplo com as pessoas, ate os contatos com as pessoas mudam, é uma coisa que é um sistema nervoso que agita, sabe, eu mesmo tem dia que eu não posso ver um grito, ate uma pessoa que fala alto, eu fico, irritado, dá aquele nervoso, aquela ansiedade nervosa [...] A dificuldade é não pode trabalha, toda vez que venho pra ki fico pensando se vou sai, tenho medo de não volta [...] É houve na alimentação, não posso come tudo, tem que se limitado [...] O dia-dia eu levo normalmente num mudou nada não...tem hora que fico mea quieta, mea parada...num mudou nada não... não posso lava, e faze os serviço.”

No Discurso do sujeito Coletivo da Questão 4, as limitações e dificuldades que os pacientes encontraram em seu cotidiano após o início do tratamento são expressas por sentimentos de dependência (de não poder se locomover sozinho e de não poder trabalhar), irritação, ansiedade, nervosismo, estresse, medo do inesperado e da morte, privação da própria alimentação e isolamento. Este discurso também traz um participante que nega as limitações e dificuldades após o início do tratamento hemodialítico, mas logo após afirma não poder fazer os serviços domésticos que fazia antes da doença e do tratamento.

Para Santos; Rocha; Berardinelli (2011), as mudanças que acontecem na vida daqueles que fazem o tratamento hemodialítico, alteram significativamente seus hábitos e seu cotidiano, como sua dieta, rotina de trabalho, convívio familiar e suas atividades, causando sofrimento, fragilidade e debilitação emocional. Além disso, o mal estar físico proporciona um mal estar emocional e as perdas reais e imaginárias em torno da doença, associadas ao risco de morte, levam ao sentimento de incapacidade e desamparo frente à sua situação.

Na presente pesquisa, pode-se observar que a Insuficiência Renal Crônica e o tratamento hemodialítico impõem ao paciente modificações e uma nova rotina de vida, incluindo dependência ao tratamento ambulatorial e ao auxílio constante de pessoas em todas as suas tarefas. Este fato também foi observado anteriormente por outros autores (DYNIEWICZ; ZANELLA; KOBUS, 2004).

Além disso, observa-se ansiedade nesses pacientes, gerada pela sua condição e pelos sentimentos de sofrimento, dor, medo, dependência de máquinas e da equipe de saúde, e o convívio com o risco de morte súbita, em função de inúmeros riscos e complicações que o tratamento hemodialítico proporciona, a morte se torna quase onipresente, diminuindo as esperanças de uma vida longa. Desta maneira observa-se que o

diagnóstico da doença crônica e o respectivo tratamento geram sentimentos de morte e desesperança. (MARTINS; CESARINO, 2005)

O tratamento hemodialítico impõe limitações e uma nova vida ao paciente, acarretando mudanças significativas em sua rotina. Nesse contexto é importante enfatizar o papel da equipe de enfermagem, que atua de modo mais constante e mais próximo aos pacientes, oferecendo assistência e planejando intervenções educativas junto aos pacientes e seus familiares numa tentativa de ajudá-los a reaprender a viver nessa realidade, evitando um possível estado depressivo (SMELTZER; BARE, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa foi possível identificar mudanças biopsicossociais que ocorrem nos pacientes em tratamento hemodialítico, bem como, limitações e dificuldades no cotidiano desses pacientes. Observou-se que o cotidiano desses pacientes envolve sofrimento, o isolamento é quase que inevitável, e que adequar-se à nova realidade de um tratamento extremamente agressivo e sua dependência para sobreviver acarreta o desdobramento de sentimentos, comportamentos e reações preocupantes.

Assim, na busca de uma melhor compreensão do paciente renal crônico e conseqüentemente de um processo que permita

criar condições para melhoria na sua qualidade de vida, foi possível observar a necessidade de uma assistência extremamente peculiar dentro das especificidades de um paciente com essa problemática, independente da idade que o mesmo apresente. Implica que o mesmo tenha suporte efetivo para enfrentar todas essas mudanças no seu estado de saúde, tornando-o confiante no enfrentamento da problemática ora exposta.

Foi possível perceber ainda que, com freqüência, as atividades educativas são muitas vezes negligenciadas. Entende-se que, na procura da excelência da assistência de Enfermagem ao paciente renal crônico em tratamento dialítico, é necessário que o enfermeiro tenha, além da fundamentação científica e competência técnica, o conhecimento dos aspectos que levem em consideração os sentimentos e as necessidades de tais pacientes. Neste contexto, o enfermeiro deve estabelecer um diálogo com os pacientes, ultrapassando o formalismo técnico habitual, de fornecer informações frias e de difícil compreensão, no qual praticamente só o profissional tem a palavra e a razão. Oportuno se faz ressaltar que a ação educativa visa fornecer suporte para que o paciente encontre maneiras de viver dentro dos seus limites, de forma que não seja contrária ao seu estilo de vida e que consiga conviver com a doença e com o tratamento hemodialítico.

R E F E R Ê N C I A S

- ARCHER, E. et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BARBOSA G. S, VALADARES G. V. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009; 13(10):17-23.
- DINIZ, D. P. Aspectos psicológicos envolvidos nos pacientes com patologias renais. in: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DYNIWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a historia oral como estratégia de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004.
- FERMI, M. R. V. **Manual de diálise para enfermagem**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- HIGA, K. et al., Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm** 2008; 21(Número especial): 203-6.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)** Caxias o Sul, RS: UCS, 2005.
- MANGANARO, M. M.; et al. Enfermagem na Saúde do Adulto. in: MURTA, G. F. **Saberes e Práticas: Guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. São Caetano do Sul, SP.: Difusão, 2006.
- MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**. 2010;(4); 546-51.
- MARTINS, M. R.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latinoam. Enfermagem** 2005 set./outubro; 13(5):670-6.
- PATAT, C. L. et al., Análise da qualidade de vida de usuários em hemodiálise. **Enfermería Global** 2012; 27:66-76.
- SANTOS, I, ROCHAR.P.F, BERARDINELLI L.M.M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Esc Anna Nery**. 2011 jan-mar; 15 (1):31-38 36
- SMELTZER, C. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Texto e Contexto Enferm**. 2004, Jan- Mar; 13 (1): 74– 82.
- VENZON, C. T.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Avaliação Psicológica**, 4(1), 2005, pp. 57-64.

Data de recebimento para publicação: 15.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 21.11.2012.

Identificação de Fatores de Risco para Depressão em um Grupo de Idosos¹

Identification of Risk Factors for Depression in a Group of Elderly

Viviane Barbosa do Nascimento²

Talícia Maria Alves Benício³

Juliane de Oliveira Costa⁴

Kilmara Melo de Oliveira Sousa⁵

RESUMO: O presente estudo objetivou identificar os fatores predisponentes à depressão em um grupo de idosos e investigar o relacionamento destes junto a seus familiares. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado com 20 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município de Tabira-PE, durante o período de julho de 2012, através de visitas ao Lar dos Idosos - Nossa Senhora dos Remédios. Foi utilizado um roteiro de entrevista com questões objetivas e subjetivas. Porém foi possível observar que os resultados do estudo apontaram fatores desencadeadores da depressão como: a viuvez, tabagismo, sedentarismo, sono e repouso prejudicado, a falta de compreensão da família diante as dificuldades e limitações encontradas nessa faixa etária, a falta de ocupação, aborrecimentos e a não prática de atividades lazer com seus familiares. Através deste resultado percebe-se a importância de uma estrutura familiar sólida para proporcionar ao idoso as condições necessárias para uma boa saúde mental aliada a reinserção deste idoso no meio social como garantia de uma boa qualidade de vida. Assim podendo participar ativamente das atividades recreação interação com a família e a sociedade para o bom resultado dos fatores desejáveis para os idosos e as pessoas que vivem ao seu redor.

UNITERMOS: Depressão. Fatores de risco. Idoso.

ABSTRACT: *This study aimed to identify the factors predisposing to depression in a group of elderly and investigate the relationship of these with his family. This is a descriptive study with a quantitative approach. The study was conducted with 20 elderly aged over 60 years, residents in the town of Tabira-PE during the period July 2012 through visits to the Home of the Elderly - Our Lady of Remedies. We used a structured interview with objective and subjective questions. However it was observed that the results of the study showed triggers depression as widowhood, smoking, physical inactivity, impaired sleep and rest, lack of understanding of the family before the difficulties and limitations encountered in this age group, the lack of occupation, hassles and not practicing leisure activities with their families. With this result we can see the importance of a solid family structure to give the elderly the conditions necessary for good mental health rehabilitation combined with this elderly in the social environment as ensuring a good quality of life. So being able to actively participate in recreation activities interact with the family and society for the good result of the factors desirable for the elderly and people who live around you.*

KEYWORDS: *Depression. Riskfactors. Elderly.*

1. Retirado Trabalho de conclusão de curso apresentado no curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em Enfermagem das FIP. Endereço: Rua Pedro Florentino de Souza, nº213, Tabira-PE. Telefone: (83) 9646-8742. Email: vivy_veras@hotmail.com.

3. Professora, Mestre, do curso de Bacharelado em Enfermagem das FIP.

4. Professora, Especialista, do curso de Bacharelado em Enfermagem das FIP.

5. Professora, Especialista, do curso de Bacharelado em Enfermagem das FIP.

INTRODUÇÃO

Envelhecer pressupõe alterações gerais físicas, psicológicas e sociais no indivíduo, podendo se verificar em idade mais precoce ou mais avançada e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, com o estilo de vida de cada um. O avanço da medicina e a melhora na qualidade de vida são as principais razões da elevação de expectativa de vida em todo o mundo. Apesar disso, ainda há muita desinformação sobre as particularidades do envolvimento e que é pior: muito preconceito e desrespeito em relação às pessoas da terceira idade, principalmente nos países pobres ou em desenvolvimento. No Brasil, são muitos os problemas enfrentados pelos idosos em seu dia-a-dia: a perda de contato com a força de trabalho, a desvalorização de aposentadorias e pensões, a depressão, o abandono da família, a falta de projetos e de atividades de lazer, além do difícil acesso a planos de saúde.

Com o passar dos anos o desgaste é inevitável. Sabe-se, no entanto, que fatores como uma alimentação adequada, a prática de exercícios físicos, a exposição moderada ao sol, a estimulação mental, o controle do estresse, o apoio emocional, a atitude positiva perante a vida e o envelhecimento são alguns fatores que podem retardar ou minimizar os efeitos da passagem do tempo. Os vários fatores que atingem a saúde do idoso originam inúmeras consequências sociais e econômicas como a conturbação da qualidade de vida, incluindo o sofrimento recíproco do idoso e de seus familiares.

Nesse sentido, vale destacar que esses fatores psicossociais, como a aposentadoria, a mudança de papéis na sociedade e na família, os diversos tipos de perda, podem constituir-se importantes desencadeadores de quadros depressivos. É importante considerar que a depressão é caracterizada como transtorno patológico, à medida que os fatores emocionais apresentam-se não mais como características naturais do ser humano, mas com intensidade e durabilidade que afetam o psiquismo e assim comprometendo a funcionalidade do indivíduo.

Tendo em vista essa caracterização, a depressão pode ser definida também como um estado de tristeza persistente, de ansiedade ou de vazio que limita o idoso e o conduz à diminuição de sua independência e autonomia, podendo, além disso, comprometer o corpo, o humor, o pensamento, o sono, a comunicação, a alimentação e sua relação para consigo mesmo e com os demais. A doença depressiva abrange os sentimentos, o pensamento, o funcionamento corporal, o comportamento, a capacidade para lidar com as decisões e pressões do dia-a-dia. Compromete a performance do indivíduo e afeta sua qualidade de vida. Envolve o ser humano em todas as suas dimensões: psicológica, biológica e social. Tem importantes repercussões familiares e econômicas. Além disso, associa-se ao aumento da mortalidade por doença coronariana, neoplasias, infecções, desnutrição, suicídio, quedas, imobilidade e perda da independência funcional.

É, ainda, uma importante barreira à reabilitação. Considerando tais aspectos, surgiu a motivação de elaborar este estudo, a partir de uma visita a um asilo, onde se observou que

muitos enxergam a depressão como uma consequência do processo de envelhecimento, ou seja, uma reação natural às adversidades do fim da vida e das doenças. Ante os aspectos ora abordados, surge o seguinte questionamento: Qual o conhecimento dos idosos sobre os fatores que predis põe à depressão?

Acredita-se que esta pesquisa é de extrema importância uma vez que busca, suscitar discussões acerca dos fatores predisponentes à depressão nos idosos, de maneira que a população como um todo, mas principalmente familiares e profissionais de saúde estejam atentos à temática. E a partir daí, espera-se que os idosos sejam encorajados e orientados a se manterem física e psicologicamente ativos em sua plenitude, de maneira que estejam alerta para o surgimento dos primeiros sinais que possam vir a desencadear um quadro depressivo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. O estudo descritivo permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno. O local para a realização da pesquisa foi no Lar dos Idosos- Nossa Senhora dos Remédios, no município de Tabira-PE. Foi realizado no período de Julho. A população investigada constituiu-se de 20 idosos, de ambos os gêneros, cadastrados no Lar dos Idosos - Nossa Senhora dos Remédios no município de Tabira-PE. A amostra foi composta por 100% dos idosos, que aceitaram participar da pesquisa após o esclarecimento dos objetivos e depois de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi aprovado, com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos. Protocolo número: 162/2012. Os critérios de inclusão para essa pesquisa foram: Voluntários com idade igual ou superior a 60(sessenta) anos; Cadastrados pelo Lar dos Idosos Nossa Senhora dos Remédios; Que fossem lúcidos. Foi excluído da pesquisa aquele idoso que não estava presente no referido lar no momento da coleta dos dados.

Para a realização da coleta de dados foi utilizado um questionário, com perguntas objetivas e subjetivas onde os participantes puderam responder livremente. o questionário é um conjunto de questões estruturadas com o fim de obter dados das pessoas a quem se dirige. O conteúdo do questionário deve incidir no objetivo e nas questões de investigação delineadas e deve abordar apenas os dados necessários.

Inicialmente foi solicitada à direção do Lar dos Idosos, uma autorização para que a pesquisa pudesse ser realizada nesse estabelecimento. Em seguida, foram previamente marcados data e horário para a coleta dos dados. Antes da aplicação do questionário, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para o idoso, deixando-o livre para participar ou não da pesquisa. Aos que aceitaram, foi solicitada a assinatura e assegurados o sigilo de sua identidade e o direito de desistir a qualquer momento sem sofrer nenhum dano. Cada entrevista levou 10 minutos.

Os dados foram analisados através da estatística descritiva e discutidos à luz da literatura pertinente. Os resultados estão apresentados em forma de gráficos e tabelas. O estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes tem a garantia de que sua privacidade e anonimato serão preservados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi desenvolvida no Lar dos Idosos - Nossa Senhora dos Remédios, no município de Tabira-PE. De acordo com o gênero, 55% dos entrevistados são do gênero feminino e 45% masculino. Acredita-se que esse resultado possa estar associado ao fato de que a maioria dos idosos brasileiros é do gênero feminino. Alguns fatores podem explicar o aumento da expectativa de vida entre as mulheres idosas, entre eles, estão: menor exposição aos fatores de risco ambientais, como acidentes de trabalho, acidentes no trânsito, violência, menor consumo de álcool e fumo em relação aos homens e, também, a maior procura da mulher pelos serviços de saúde e maior precocidade no diagnóstico e tratamento de várias doenças.

Os aposentados correspondem a 100%. Acredita-se que esse alto percentual de idosos aposentados deve estar diretamente relacionado com a falta de reconhecimento da sociedade em relação ao potencial que existe nesse grupo de pessoas, pois apesar da idade avançada, ainda são capazes de realizar atividades importantes e remuneradas. Por ignorância de muitos, esta oferta de oportunidade não acontece, deixando muitos idosos inativos diante do mercado de trabalho. De acordo com o capítulo VI art.26 do Estatuto do Idoso, todos tem o direito ao exercício profissional, respeitando suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

Com relação à faixa etária os dados da pesquisa demonstram que os maiores números de idosos encontram-se na faixa etária de 63 a 69, 70 a 79, 81 a 92, com percentuais de 30% de prevalência para cada faixa. Sendo que dos entrevistados, 10% encontram-se na faixa etária 44 a 45 anos. A prevalência da depressão no idoso acima de 65 anos aumenta à medida que a idade avança, pois nem todos conseguem lidar com questão da temporalidade e da finitude e tendem a se perder dentro dessa realidade quando chegam à terceira idade, achando que não existe possibilidade de reabilitação, de restauração e reorganização das coisas em suas vidas, que não existe possibilidade de rearticulação de seu presente, desenvolvendo sentimentos de desânimo e vazio existencial, que podem levar a distúrbios depressivos.

Conforme o estado civil, percebe-se que 30% dos entrevistados são solteiros, 30% separados, 30% viúvos e apenas 10% são casados. Os problemas no universo familiar geralmente têm origem ou se acentuam com a perda do cônjuge, fato mais frequente entre as mulheres pela maior longevidade feminina. A fragilidade pelo luto e a dificuldade de recomposição e concentração da vida efetiva nessa faixa etária podem estreitar a possibilidade de contatos sociais e agravar debilidades físicas e emocionais, ao reforçar no sujeito sua condição de conforto a

morte.

De acordo com o nível de escolaridade, ficou evidenciado que 20% tiveram o Ensino Fundamental Incompleto e 80% são analfabetos. Sabe-se que muito idosos quando crianças, ainda muito cedo, tiveram que enfrentar o trabalho para ajudar ao aumento de renda familiar, além disso, havia um número de escolas principalmente na zona rural onde residia a maioria desses indivíduos.

Em relação à presença de patologias, constata-se que 20% não apresenta nem uma patologia, e portanto 80% dos idosos que participaram dessa pesquisa são acometidos por algum tipo de patologia. O envelhecimento torna o indivíduo mais susceptível ao aparecimento de patologias, em virtude das transformações fisiológicas que levam a diminuição da imunidade e conseqüentemente tornando-o mais vulnerável às doenças. Os idosos portadores de doenças graves apresentam com frequência sintomas de depressão que podem, algumas vezes, ser reações esperadas de ajustamento e que requerem apoio e orientação multidimensional, pois estes sintomas depressivos poderão persistir por tempo longo, interferindo não só nas relações sociais e familiares, mas também nas atividades da vida diária do idoso. Os problemas de saúde apresentados que 5% dos idosos apresentam diabetes, 15% hipertensão arterial, 5% mal de parkinson, 20% referiram não apresentar problema de saúde, enquanto 30% afirmam ter outras doenças como dor na coluna, labirintite.

A depressão é uma das principais doenças mentais na população idosa, embora possa surgir em qualquer fase de vida, mas infelizmente a sociedade ainda encara a depressão como algo normal e que faz parte da velhice, por esse motivo, ela acaba sendo de difícil reconhecimento e diagnóstico, o que complica a busca por um tratamento adequado. A hipertensão arterial o distúrbio cardiovascular de maior prevalência no Brasil. Sabe-se que visitas regulares ao médico são fundamentais para prevenir, diagnosticar e tratar possíveis doenças que possam vir a diminuir a qualidade vida, principalmente hipertensão arterial e diabetes, que são muito comuns na terceira idade.

É possível perceber que dentre os hábitos e comportamentos confirmados pela amostra estudada prevalece o sedentarismo, representado por 50%, repouso prejudicado representa 30% e o tabagismo corresponde a 20% dos resultados. Que o processo de envelhecimento no idoso provoca uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, aumentando o risco de sedentarismo, porém, independente da faixa etária a atividade física pode contribuir para minimizar os sintomas de depressão, garantindo uma melhor saúde física e mental. A prática de atividade física é um fator importante para uma boa saúde física e psíquica do indivíduo.

A atividade física regular tem sido considerada benéfica para qualidade do sono, inclusive do idoso. Esta concepção parece ser devida à proposição de que o sono teria o papel de compensar as energias perdidas durante a vigília, e portanto maiores níveis de atividade durante a vigília resultariam em aumento de profundidade e duração do sono subsequente. A prática de atividade física é um fator importante para uma boa saúde física e psíquica do indivíduo.

Sabe-se que a população de fumantes idosos é crescente,

até porque essa população iniciou o uso em uma época que, o hábito de fumar era estimulado. Para chegar à terceira idade com o corpo e a mente saudáveis é preciso estar atento a pequenos cuidados do dia-a-dia, como evitar o tabagismo, praticar atividades físicas e manter o repouso adequado. percebe-se que 55% da população da amostra afirma se aborrecer com frequência, enquanto que 45% diz não se aborrecer.

Dentre os motivos que os aborrecem, foram citados pela maioria dos entrevistados os conflitos familiares. Muitas vezes as origens dos conflitos presenciados pelos idosos são complexas podendo ser de ordem financeira, cultural e decorrente do convívio familiar desarmonioso, estes conflitos afetam seu estado de saúde, conseqüentemente desencadeando um quadro de estresse emocional.

A depressão chega quando as pessoas não aceitam as limitações físicas próprias da idade, quando não mantém boas relações familiares havendo assim conflitos que levam ao aborrecimento. Acredita-se ser mais frequente e natural o aborrecimento na terceira idade, devido suas limitações físicas e psicológicas. É necessário que o idoso sinta-se útil e produtivo para satisfazer seus desejos, diminuindo assim, o risco de um possível aborrecimento o qual certamente será um fator predisponente para a depressão. Os idosos deste estudo 40% recebem visitas de seus familiares enquanto 60% afirmaram não receber visitas de seus familiares.

Estes resultados mostram que os entrevistados na sua maioria encontram-se insatisfeitos com convívio com seus familiares, o que pode representar um sentido negativo em suas vidas. É importante incentivar o relacionamento do idoso com seus familiares, assim como desenvolver tarefas do seu agrado, pois a falta de lazer e de atividades significativas pode dar ao idoso um sentimento de menos valia que pode favorecer a baixa auto-estima.

Se os conflitos entre os idosos e seus familiares não forem bem administrados e solucionados, podem desencadear distúrbios psicológicos e até doenças. O apoio familiar ao idoso com depressão é por vezes importantíssimo para sua recuperação, pois do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de maior frequência do rebaixamento do humor como também o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir sintomatologia depressiva.

Pudemos perceber que 50% consideram seu convívio com os outros idosos bom, e outros 50% consideram ótimo. Diante dos resultados encontrados, percebe-se que todos os idosos entrevistados encontram-se satisfeitos com o convívio com os outros idosos, proporcionando um sentido positivo na qualidade de suas vidas. o bom relacionamento entre os idosos é um dos principais fatores de equilíbrio e bem-estar dos que envelhecem. Aceitação e respeito são frutos de laços construídos ao longo do tempo que repercutem no apoio ao idoso. O contato com outras pessoas é imprescindível para o bem estar do idoso, pois essas relações de convivência com as outras pessoas são promotores de segurança amor e sentimento de pertence ao outro, bem como são responsáveis pela avaliação do próprio comportamento e sentimentos. Entre as várias necessidades do ser humano, e talvez uma das mais importantes, seja a necessidade do convívio com outros idosos, alguém com

que possa conversar, desabafar, compartilhar nossas alegrias ou tristezas.

Que 100% dos entrevistados possuem amigos. É importante incentivar o relacionamento do idoso com pessoas de quem ele gosta, que fazem parte de sua história de vida, pois assim eles poderão desenvolver atividades significativas e gerar no idoso um sentimento de auto-estima. O convívio social é importante e deve ser estimulado para prevenir a solidão e o isolamento, tão comuns após a suspensão das atividades profissionais. O tempo do idoso pode ser preenchido com atividades agradáveis, utilizando as aptidões, contribuindo desta maneira para a melhoria da saúde mental e física. Sabe-se que a vida só torna-se boa quando existem amizades, ou seja, ter amigos nessa fase é muito importante para o bem-estar físico e psíquico, melhorando assim as dificuldades encontradas no dia-a-dia. Entre as várias necessidades do ser humano, e talvez uma das mais importantes, está a amizade, o convívio com alguém para que se possa conversar, desabafar e compartilhar alegrias ou tristezas.

Que 80% dos idosos afirmam sentir-se satisfeitos com a vida, enquanto 20% não estão satisfeitos com o seu dia-a-dia. De acordo com o resultado a maioria dos participantes relata que estão satisfeitos com sua vida, porque estão com saúde, tem os filhos perto, não têm inimigos, tem DEUS no coração e porque estão aposentados. Satisfação é um fenômeno complexo e de difícil mensuração, por se tratar de um estado subjetivo. Define, com maior precisão e experiência de vida em relação às várias condições de vida do indivíduo. Já os demais que estão insatisfeitos com a vida, relataram que sentem falta de receber a visita dos familiares. Essa fase da vida pode vir acompanhada de declínio físico, social, cognitivo e emocional. E a convivência familiar é de fundamental importância para o bem-estar dos idosos, o que vai lhe proporcionar satisfação e força para superar as dificuldades decorrentes do processo de envelhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão não é uma doença só de idosos, nem mesmo uma consequência da idade avançada, pois qualquer pessoa de outra faixa etária pode desenvolver um quadro depressivo, devido condições ambientais e sociais desconfortáveis.

Observa-se que na terceira idade, os indivíduos passam por muitas perdas, seja da saúde (como doenças crônicas), seja a morte de entes queridos ou amigos, da estabilidade financeira (como aposentadoria), seja pelas próprias perdas advindas do processo normal de envelhecimento. Com isso, o idoso torna-se frágil, mais vulnerável, susceptível a adquirir alguma doença mental, sobretudo a depressão. Suas causas podem vir de fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo ser relacionados a outros.

A depressão nos idosos pode vir acompanhada de outros problemas físicos que acabam mascarando a doença, fazendo com que as pessoas não deem a devida atenção, pois acreditam que não é nada grave, e não descobrem na verdade o que realmente se passa com aquele indivíduo. Pode-se dizer que os objetivos propostos foram alcançados e cujos resultados demonstram: que a maioria dos idosos estão satisfeitos com saúde, possuem muitos amigos.

Porém foi possível observar que alguns participantes apresentaram fatores de risco para a depressão, como: a viuvez, tabagismo, sedentarismo, sono e repouso prejudicado, a falta de compreensão da família diante das dificuldades e limitações encontradas nessa faixa etária, a falta de ocupação, aborrecimentos e a não prática de atividades e lazer com seus familiares.

Espera-se, enfim, que com este trabalho grandes reflexões sejam feitas sobre a temática abordada, tanto para os estudantes como os profissionais de saúde. Buscou-se revelar de um modo

geral os problemas relacionados à depressão e também foi possível observar que alguns participantes da pesquisa estão submetidos a diversos fatores predisponentes a essa enfermidade.

Os resultados ainda apontam para a necessidade destes serem estimulados, dentro das suas possibilidades a cumprir seus papéis sociais na qualidade de pais, indivíduos pertencentes a uma comunidade. A partir da participação ativa na tomada de decisões junto aos familiares e a sociedade em geral.

R E F E R Ê N C I A S

- ALVES; TAKAHSHI; TUMELERO. Influência do exercício físico em idoso com depressão. In: VIEIRA, Z, M; WATHICH. **Revista digital**, 2004. Disponível em < http www. efdeportes.com>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.
- ASSIS, Mônica. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: A arte de cuidar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Intercorrência, 2004.
- AZEVEDO, G. R. **Tabagismo**. Disponível em: <http.www.polbr.med.br>. acesso em: 10 outubro de 2012.
- BALLONE, G. J. **Depressão no Idoso** In: Psiq web Psiquiatria Geral. Disponível em: < htt www. Psiq web. med. br > acesso em 13 de maio de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde .Comissão Nacional de Ética CONEP. **Resolução. nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos** . Brasília: MS, 1996.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Estatuto do Idoso**. 2º ed. Brasília: MS, 2006. p.8.
- BLINI, W (ORG). Salvando vidas: Com a medicina natural. São Paulo: Unier, 2005. p .398-405.
- CACHIONI, M.; NERI, A. L.; VON SIOMSON, O. R. M. **As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil**. 2ª.ed .São Paulo .Editora Atheneu, 2005.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D' Elboux. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.
- ERBOLATO, R. M. P. L; Relações Sociais na Velhice. In FREITAS, E. V. ; PY, L; NERI, A.L; CANÇADO, F.A.X; GORONI, M. L; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- HUCKENBURY, D. H.; HOCKENBURY, S. E. **Descobrimo a Psicologia**. São Paulo: Manole, 2003.
- MALDONATO, Mauro. **Depressão. Viver mente e cérebro**. ano XIV. n.160. Rio de Janeiro, maio, 2006.
- MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- NERI, A. L. **Qualidade de Vida na Velhice: Enfoque Multidisciplinar** .Campinas SP, Editora Alínea; 2007.
- OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 1997.
- PACHECO, J.L. Os conflitos familiares e idoso. In: SALDANHA, A.L; CALDAS, C.P. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2º ed. Rio de Janeiro: intercorrência, 2004, p. 349- 351, 356.
- PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- PASCHOAL, S.M . P; SALLES, R. F. N; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. In. CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M . **Geriatria: fundamentos , clínica e terapêutica** 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 25-31.
- PARDAL, L. ; CORREIA, E. **Métodos e Técnicas de Investigação Social**. Porto: Area Editores, 1995.
- SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS, Celia Pereira **Saúde do Idoso: da arte de cuidar** 2. ed. Rio de Janeiro: Intercorrência, 2004.
- SCALCO, M. Z; MIGUEL, E .C. Transtornos Psiquiátricos: Depressão, Ansiedade e Psicoses. In :CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria Fundamentos Clínicos e Terapêutico** 2ª ed São Paulo: Atheneu, 2006. P 155-156
- TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados**. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- VARGAS, S. A. **A Educação e a Promoção da Saúde do Idoso**. Revista digital, 2000. Disponível em: < http:www.edefdeportes. com > Acesso em :10 de novembro de 2012.
- WITTER, G. P. **Envelhecimento: Referencias Teóricas e Pesquisas**. Campinas; SP: Editora Alínea, 2006.
- ZIMERMANN, G. I. **Velhice: Aspectos Biopsicossociais**. Porto Alegre: Artemed, 2000.

Data de recebimento para publicação: 15.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 21.11.2012.

Ações de Enfermagem na Prevenção de Úlcera de Pressão em Idosos Hospitalizados¹

Shares of Nursing in the Prevention of Pressure Ulcer in Elderly Hospitalized

Maurely Medeiros de Castro²

Tarciana Sampaio³

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros⁴

Ana Paula Dantas Silva Medeiros⁵

RESUMO: A úlcera de pressão é definida como uma lesão cutânea localizada na pele provocada pela pressão excessiva aplicada sobre a proeminência óssea. Tal manifestação pode ser prevenida através dos cuidados da equipe de enfermagem, no intuito de oferecer assistência eficaz a pacientes acamados e susceptíveis a tal agravo. Dessa forma, a equipe de enfermagem deve estar preparada para desempenhar esta atribuição, que muitas vezes é negligenciada. Assim, objetivou-se neste estudo verificar a assistência de enfermagem realizada na prevenção de úlcera por pressão em pacientes idosos no setor hospitalar. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, desenvolvido mediante uma abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, envolvendo 12 enfermeiros que trabalham no Hospital Regional de Patos. Na análise dos dados identificaram-se as medidas de prevenção que consistem em oferecer conforto aos pacientes, bem como alimentação adequada e hidratação da pele. Conclui-se que a pesquisa demonstrou sucesso quanto ao alcance dos objetivos, ressaltando-se a grande relevância no tocante à prevenção de úlceras por pressão. A realização de uma assistência de enfermagem de forma humanizada é ponto principal para a promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde da população necessitada.

UNITERMOS: Cuidados de Enfermagem. Prevenção primária. Úlcera por pressão.

ABSTRACT: *A pressure sore is defined as a skin lesion located on the skin caused by excessive pressure applied to the bony prominence. This demonstration can be prevented through care nursing staff in order to provide effective assistance in bedridden and susceptible to such injury. Thus, the nursing staff should be prepared to play this assignment, which is often neglected. Therefore, the objective was to verify the nursing care held in preventing pressure ulcers in elderly patients in the hospital sector. This is a descriptive study with a quantitative approach through semi-structured interviews with 12 nurses from the HRP. The analysis of data was identified prevention measures that are to provide comfort to patients, as well as adequate nutrition and hydration. We conclude that research has shown success when it comes to reach the goals and to underscore the great importance regarding the prevention of pressure ulcers, for thereby performing a nursing care in a humane and focal point for the promotion, prevention, and recovery health of the population in need.*

KEYWORDS: *Nursing care. Primary prevention. Pressure ulcer.*

1. Trabalho apresentado às Faculdades Integradas de Patos, visando a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Rua Jovino Lustosa nº 37, CEP 58707-340, Patos-PB. Email: maurelycastro@hotmail.com.

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

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

5. Enfermeira. Mestranda pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora do Estágio Supervisionado II das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos-PB.

1 INTRODUÇÃO

Úlceras por pressão (UP) são definidas como qualquer lesão causada por pressão não aliviada que pode resultar em morte tecidual, sendo freqüentemente localizada nas áreas que apresentam proeminências ósseas. (WADA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Segundo Lopes et al. (2008), a maioria das úlceras por pressão ocorre na metade inferior do corpo, sendo que dois terços correspondem à cintura pélvica, desenvolvendo-se em proeminências ósseas e ocorrendo com maior frequência nas regiões sacra, coccígea, tuberosidade isquiática, trocanteriana, escapular, occipital e maléolos laterais.

De acordo com Creutzberg et al. (2011), a pele da pessoa idosa apresenta maiores condições de risco para o agravamento e desenvolvimento de UP, devido a alterações relacionadas com a idade, a genética, exposição solar, agentes químicos e tabagismo. Com isso a pele se torna seca, enrugada, flácida, com algumas neoplasias benignas e com grande tendência a ulceração. Pode-se dizer que a fragilidade do envelhecimento está associada às condições mórbidas, reconhecendo a idade como aspecto fundamental na etiopatogenia das úlceras por pressão (SOUZA; SANTOS, 2007).

No que diz respeito à prevenção de UP, prioriza-se a construção de programas educativos estruturados, organizados, amplos, direcionados a profissionais, cuidadores de idosos e familiares. Ressalta-se ainda a importância da autodisciplina, da participação e colaboração do paciente durante o tratamento. Arelada a estas medidas acrescentam-se exercícios ativos e passivos, massagens de conforto, higiene corporal adequada, uso de colchão apropriado, mudança de decúbito a cada duas horas, posicionamento e movimentação adequados (FONSECA, 2006).

Em relação à assistência propriamente dita, o autor supracitado ressalta que as primeiras ações a serem realizadas pela equipe são a construção de um plano de intervenção que impeça a progressão da mobilidade e a promoção de um plano de reabilitação. Esses devem contemplar a recuperação da situação de base e garantir a hidratação da pele, nutrição, ritmo intestinal, controle adequado da dor, sono adequado e conforto externo.

De acordo com Rangel e Caliri (2009), necessário se faz criar estratégias de prevenção como: avaliar o risco do paciente para o desenvolvimento de UP na admissão em qualquer serviço de saúde, inspecionar a pele diariamente e protegê-la contra excesso de umidade, fricção e cisalhamento, realizar tratamento precoce ao detectar anormalidades, orientar profissionais de saúde, pacientes, familiares e cuidadores quanto a sua prevenção e respectivo tratamento.

Quanto a recomendações para o tratamento da UP, destacam-se a necessidade de incluir a avaliação do paciente e das úlceras, o controle de sobrecarga dos tecidos, o cuidado para evitar a colonização bacteriana e a prevenção de infecção (RANGEL et al., 2009).

A escolha deste tema ocorreu durante os estágios em clínica médica do curso de graduação em enfermagem, realizados no Hospital Regional Jandhuy Carneiro na cidade de Patos-PB,

ao perceber fragilidades na assistência aos idosos acamados por longo período, desencadeando assim úlceras por pressão. Tal fato permite a afirmação de que, a prevenção das UP, muitas vezes, é negligenciada pela equipe de enfermagem.

Diante disso pode-se questionar: quais as ações de enfermagem para prevenção de úlcera por pressão em pacientes idosos no setor hospitalar? Para tanto, este estudo objetivou verificar a assistência de enfermagem realizada na prevenção de úlcera por pressão em pacientes idosos no setor hospitalar. A expectativa que se tem é a de que o mesmo poderá contribuir com a sensibilização da equipe de enfermagem de forma significativa no que diz respeito à importância da prevenção da UP. Bem como oferecer embasamento científico aos acadêmicos de enfermagem, no sentido de identificação do problema, elaboração de estratégias para prevenção e tratamento dessas lesões. Em última instância, promover a melhoria da assistência prestada aos pacientes em relação ao tema em questão.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo do tipo descritivo, cuja realização adotou uma abordagem quantitativa. O desenvolvimento do estudo ocorreu no Hospital Regional no Município de Patos (PB), sendo este escolhido por apresentar pacientes acometidos por úlcera de pressão. Realizou-se uma entrevista com 12 enfermeiros no setor de clínica médica, os quais responderam a um instrumento semi-estruturado composto por questões sócio-demográficas e questões que captaram acerca da assistência de enfermagem realizada na prevenção de úlcera por pressão em pacientes idosos no setor hospitalar.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos sob protocolo, deu-se início à coleta de dados, que ocorreu nos meses de Julho e Agosto de 2012. A cada participante foi informado o caráter acadêmico da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE), respeitando assim a Resolução 196/1996 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos, com descrições das frequências absolutas e porcentagens, e foram analisados mediante a técnica de estatística descritiva simples, sendo discutidos em articulação com a literatura revisada neste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao sexo, observa-se que onze enfermeiros são do sexo feminino, atingindo o percentual de 92% da amostra, enquanto que apenas 8% (01 sujeito) é do sexo masculino. Fica evidente que na opção pela profissão de enfermagem as mulheres são a maioria. Ressalte-se que a enfermagem é uma profissão que tem como base a arte do cuidar, implicando zelo que é mais aguçado no público feminino.

A prática em Enfermagem enquanto opção profissional tem sido associada à devoção e amor ao próximo que, atualmente apresenta também a possibilidade de inserção em um mercado

de trabalho em expansão. Cada vez mais as enfermeiras vêm ampliando suas áreas de atuação, demonstrando competência para o ato de cuidar do próximo (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2009).

No que diz respeito à variável idade, 67% (08 enfermeiros) afirmam apresentar entre 25 e 30 anos de idade, 17% (02 deles) com idade entre 31 e 36 anos, e 17% (02) entrevistados afirmam ter mais de 37 anos. Pode-se considerar que esta amostragem é composta de adultos jovens, remetendo à idéia de que os profissionais de enfermagem demonstram experiência.

No que se refere ao estado civil, 50% (06 enfermeiros) são solteiros e 50% (06) são casados. Note-se que o fator estado civil é de grande importância, pois um relacionamento sério trás inúmeros benefícios para o profissional da área de saúde, uma vez que a profissão exige muitas responsabilidades e tendo um companheiro para apoiar é certamente muito positivo.

Em relação à variável nível de qualificação, 25% (03) dos entrevistados têm apenas a graduação, 67% (08) fizeram especialização e apenas 8% (02) realizaram o mestrado. O nível de qualificação é um fator de grande relevância, pois quanto mais qualificações o profissional de enfermagem possuir, mais titulação, significando que o mesmo tem conhecimentos científicos para prestar uma assistência de qualidade ao paciente no momento em que o mesmo estiver necessitando.

Segundo Padilha, Vagheti e Brodersen (2009), o processo de qualificação do profissional de enfermagem é um fator importante, pode-se associá-lo ao cuidado com a saúde, aos processos de reorganização técnica, administrativa e política das instituições de saúde, particularmente as hospitalares. Então a qualificação dos profissionais de saúde é imposta aos enfermeiros pela busca de conhecimento científico, que estrutura e consolida, historicamente, a reorganização das práticas terapêuticas, que exigem conhecimentos advindos através de qualificação profissional.

Em relação ao tempo de formação 58% (07 profissionais) apresentam entre 01 e 05 anos de formados, e 42% (05) afirmam ter entre 06 e 10 anos. Tais resultados demonstram que os profissionais de enfermagem estão com experiência no que se refere ao tempo de formação, uma vez que a experiência contribui com a capacidade de prestar uma assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes.

Enfermagem consiste na arte de cuidar, sendo também uma ciência cuja essência e especificidade são o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, de modo integral e holístico. Assim, o papel do enfermeiro é preconizado em quatro áreas durante a graduação: administrativa,

assistencial, ensino e pesquisa (MEDEIROS et al., 2009).

No papel administrativo, o enfermeiro realiza o planejamento, a organização, a direção e o controle das atividades desenvolvidas em uma unidade. No que se refere à área assistencial, elabora plano de cuidados, utilizando metodologia científica para prestar assistência individualizada e o papel de ensino é relevante porque estimula o enfermeiro a buscar conhecimento para propiciar o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem (FERNANDES et al., 2010).

Como pesquisador, seja individualmente ou em equipe, o enfermeiro pode demonstrar a diferença que existe entre uma assistência que deriva da utilização de conhecimento científico comparada ao cuidado prestado quando orientado apenas para o cumprimento de tarefas, normas e rotinas (TRIVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

Com relação aos procedimentos realizados para evitar a úlcera por pressão, 8% dos enfermeiros relata serem medidas de conforto, 100% (12) determinam mudança de decúbito, 17% (2) afirmam ser a alimentação adequada, 75% (9) hidratação da pele, 50% (6) recomendam evitar dobras nos lençóis da cama, 17% (2) realização de massagem, 50% (6) uso de colchões infláveis ou do tipo casca de ovo, 8% (1) evitar a umidade nas roupas de cama, 8% (1) recomendam trocas de fraldas, 25% (3) higiene do paciente, 33% (4) evitar cisalhamento, e 8% (1) afirma ser por ingestão de líquidos.

Conforme já abordado neste estudo, úlcera por pressão (UP) é definida como uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento. O tratamento da UP, sobretudo em estágios avançados, pode ser demorado e de alto custo, sendo que em alguns casos, a intervenção cirúrgica torna-se necessária. No Brasil não existem dados precisos do custo das UP para o sistema de saúde. Estudos internacionais demonstram que cada lesão pode custar de 2.000 a 30.000 dólares, dependendo do estágio, podendo chegar a 1,3 bilhões de dólares anuais (GOULART et al., 2011).

De acordo com Andrade (2006), a prevenção de úlcera por pressão é mais importante do que mesmo as propostas de tratamento, visto que o custo é menor e o risco para o paciente é praticamente inexistente. Porém, esse processo deve envolver uma equipe multidisciplinar integrada para a obtenção dos melhores resultados. O conhecimento e entendimento da definição, causas e fatores de risco por parte dos profissionais da saúde se fazem necessários, a fim de se implantar medidas de prevenção e tratamento mais eficazes.

N.B.

(1) As idéias e todo o conteúdo dos artigos publicados em Temas em Saúde são de responsabilidade única e exclusiva dos autores que colaboraram com a presente edição deste veículo de comunicação. Neste sentido, o editor deixa clara sua isenção contra qualquer protesto que reclame o uso de direitos autorais patrimoniais não autorizados por seus detentores.

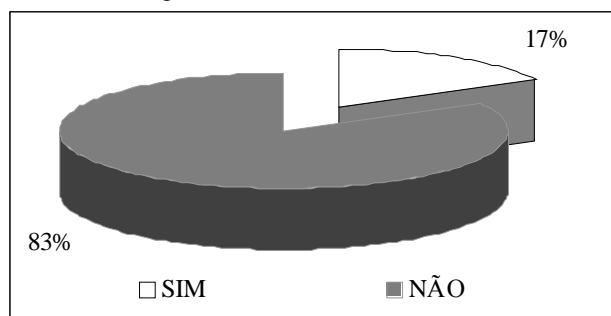
(2) A diagramação dos textos publicados nesta edição obedeceu a critérios relacionados ao projeto gráfico desenvolvido para a revista Temas em Saúde, o que implicou em ajustes no formato original com que os artigos foram encaminhados à nossa produção editorial. Contudo, não houve qualquer interferência para modificar, suprimir ou acrescentar elementos à expressão original desses artigos.

(3) A produção editorial de Temas em Saúde agradece aos autores que colaboraram encaminhando seus artigos para esta publicação.

A incidência de úlcera por pressão é considerada como um indicativo da qualidade dos cuidados. Sua presença está associada ao aumento do tempo de internamento, à carga de trabalho para o enfermeiro e aumento de custos, além de maior morbidade e mortalidade aos pacientes internados (LIMA; GUERRA, 2011).

A maioria das UP pode ser prevenida e tratada, independente do ambiente que o paciente se encontre, tanto no setor hospitalar quanto na comunidade, basta que sejam desenvolvidos cuidados adequados, utilizando-se todos os recursos disponíveis, sobretudo em estágios avançados, o tratamento pode ser demorado e de alto custo. Se as úlceras não forem bem cuidadas, elas vão ficando cada vez maiores e mais profundas, comprometendo os músculos e podendo chegar até os ossos (DICCINI; CAMADURA; LIDA, 2009).

Gráfico 1 - Distribuição dos entrevistados quanto aos treinamentos ou atualizações sobre úlcera por pressão em pacientes restritos ao leito.



Fontes da própria pesquisa

Conforme pode ser visualizado no Gráfico 1, 83% (10) componentes da amostra afirmam não ter realizado nenhum treinamento ou curso de atualização sobre úlcera por pressão em pacientes restritos ao leito, e apenas 17% (02 sujeitos) afirmam que receberam treinamentos.

Os dados contidos no gráfico 1 demonstram que a maioria dos profissionais de enfermagem não possui capacitação ou treinamentos para a prevenção de úlcera por pressão, tornando a assistência de enfermagem com menos qualidade. Verificam-se grandes mudanças que ocorrem periodicamente no que se trata ao tema saúde, sendo necessária a devida atualização em relação a um tema de grande magnitude, como considerado a prevenção de úlcera por pressão, principalmente entre idosos restritos ao leito, devido a sua susceptibilidade.

O profissional de enfermagem, especialmente o enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional de saúde e líder da equipe de enfermagem é responsável pelo gerenciamento do cuidado e esta liderança implica conhecimentos, que são adquiridos através de treinamentos (SOUZA et al., 2010).

O gerenciamento é destacado pela tomada de decisões, que propicia a escolha da melhor prática de cuidar a ser empregada junto ao idoso acamado, quer seja em domicílio ou hospitalizado. Contudo, para uma prática de saúde com qualidade, faz-se necessário que as ações de cuidado estejam cientificamente sustentadas na melhor evidência clínica para uma assistência de qualidade aos pacientes com úlcera por pressão,

para a melhoria dos recursos humanos disponíveis e a redução de custos para a instituição (TRIVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

Quadro 1 - Especificação dos procedimentos a serem realizados no tratamento da úlcera por pressão conforme a opinião dos sujeitos deste estudo

VARIÁVEIS	ESPECIFICAÇÕES	Nº DE RESPONDENTES
Tratamentos de UP em idosos acamados	Alimentação	01 enfermeiro
	Hidratação da pele	11 enfermeiros
	Mudança de decúbito	11 enfermeiros
	Medidas conforto	11 enfermeiros
	Uso de coxins	04 enfermeiros
	Colchão inflamável	02 enfermeiros
	Massagem	04 enfermeiros
	Dieta hiperproteica	01 enfermeiro
	Hidratação oral	01 enfermeiro
	Lençóis esticados	02 enfermeiros
	Curativos	02 enfermeiros
	Debridamentos	01 enfermeiro
	Higiene do paciente	01 enfermeiro

Fonte do próprio estudo

Conforme especificado no quadro 1, a prevenção da úlcera por pressão por meio da alimentação aparece citada apenas uma vez, pelos participantes deste estudo, o que evidencia a pouca importância atribuída ao aspecto nutricional da pessoa idosa restrita ao leito. Enquanto isso, a prevenção da úlcera por pressão através de cuidados com a hidratação da pele foi citada onze vezes, deixando evidente a grande importância atribuída pelos enfermeiros participantes deste estudo aos cuidados com a hidratação da pele do idoso acamado. Igual número de citações (11 vezes) refere-se tanto a mudanças de decúbito, quanto a medidas de conforto como formas de prevenir a úlcera por pressão em idosos confinados no leito. Aspectos esses eleitos como indispensáveis ao processo de cuidar, visando prevenir as úlceras por pressão em idosos hospitalizados, restritos ao leito. A prevenção desse agravo através do uso de coxins, bem como através de massagem também foi citada quatro vezes. Além desses cuidados, o uso do colchão inflável, manutenção dos lençóis esticados, e troca de curativos aparecem citados quatro vezes. Cuidados como dieta hiperproteica, hidratação oral, desbridamento e higiene do paciente aparecem no quadro 1 citadas apenas uma vez como meio de prevenir a úlcera por pressão em idosos restritos ao leito.

Em resumo, pode-se afirmar que todos os itens abordados pelos profissionais são de grande importância para o tratamento da úlcera por pressão, uma vez que o profissional de enfermagem deve estar atento para todos esses aspectos, que constituem sua atribuição. Ressalte-se que o importante não é apenas realizar o tratamento, mas, sobretudo desenvolver ações de prevenção desse agravo, promovendo a qualidade de vida do idoso. Contudo, quando ocorrer de um paciente ser acometido por úlcera por pressão, o profissional de enfermagem deve manter protocolo assistencial de prevenção de complicações. Deve avaliar úlcera: dimensões, localização, os estágios de seu desenvolvimento, bem como assegurar nutrição adequada para

melhorar a cicatrização. Deve realizar a limpeza da ferida com soro fisiológico e enfatizar que não deve utilizar agentes anti-sépticos, tais como: povidine, iodo, ácido acético, peróxido de hidrogênio, hipoclorito e sabão.

Há recomendações de que se deve usar polihexamida 0,1% Undecilaminopropil-betaina 0,1 % (Prontosan) para limpar feridas que necessitam desbridamento, bem como realizar cuidados com a ferida usando curativos tópicos, após o desbridamento de tecidos desvitalizados. A escolha de curativos que forneçam um ambiente úmido na ferida, porém, a manutenção da região perilesional seca, controlando os exsudatos e eliminando o espaço morto, são importantes formas de tratamento.

O enfermeiro plantonista deve reavaliar a ferida em cada troca de curativos e se necessário modificar a conduta, sempre reavaliando as anotações da equipe de enfermagem para promover a interação entre a equipe multiprofissional. Deve ainda aferir a necessidade de intervenção cirúrgica. Ainda para os cuidados do paciente com úlcera por pressão orienta-se que não se deve usar banho de luz, pois provoca ressecamento da lesão e destruição do tecido de granulação (LIMA; GUERRA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A úlcera por pressão ainda é considerada como um grave problema, especialmente em pessoas idosas e naquelas que necessitem permanecer acamadas. Particularmente, tratando-se de pessoas acometidas por doenças crônicas degenerativas, com situações de adoecimento devido a patologias instaladas, tornando desta forma a pesquisa de grande relevância. Sim, pois investigar e enfatizar a importância da assistência de enfermagem para a prevenção de úlcera por pressão constituem medida

primordial.

Quanto a análise dos dados, constatou-se que a maioria dos enfermeiros participantes deste estudo é do sexo feminino, tendo essas pessoas idade entre 25 e 30 anos, em situação conjugal solteiras, sendo que a maioria possui especialização, distando de 01 a 05 anos da data de sua formação. Quanto às questões subjetivas, a maioria relatou que as medidas de prevenção consistem em oferecer conforto aos pacientes, bem como alimentação adequada e hidratação da pele.

Percebe-se após a realização desta pesquisa que os enfermeiros que participaram desta pesquisa não realizaram capacitações para a atualização sobre a prevenção e tratamento de úlcera por pressão, bem como a maioria também afirmou que o melhor tratamento para a patologia acima é a mudança de decúbito a cada duas horas, hidratação da pele, medidas de conforto, assim como a manutenção de lençóis esticados.

Verifica-se que o mais importante para o cuidado da úlcera por pressão é a prevenção, para a qual, a assistência de enfermagem tem um papel de suma importância, evitando que o aparecimento das mesmas seja evitado. Isso contribui para que o paciente tenha a integridade de sua pele preservada.

As capacitações em saúde para os profissionais de enfermagem podem ser elencadas na presente pesquisa, salientando que a busca de novos conhecimentos deve ser uma prática constante de enfermeiros, condição para que os mesmos possam prestar uma assistência de qualidade frente a pacientes portadores de úlcera por pressão.

Conclui-se que a pesquisa foi realizada com sucesso no que se refere ao alcance dos objetivos, bem como à relevância no tocante a prevenção de úlceras por pressão, realizando desta forma uma assistência de enfermagem humanizada e ponto principal para a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde da população necessitada.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196** de 10 de Outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília/DF, 1996.
- CHAYAMITI, E. M. P. C.; e CALIRI, M.H.L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. **Acta paul. enferm.**, 2010, vol.23, n.1, pp. 29-34. ISSN 0103-2100. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000100005>. Acesso em 18 de agosto de 2012.
- CREUTZBERG, M. et al. Fatores de Risco para úlceras de pressão em idosos de unidade de terapia intensiva. **Enfermagem em Foco**, 2011; v. 2, n. 2, pp. 133-136. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/112/94>. Acesso em 06 de setembro de 2011.
- DICCINI, S; CAMADURA, C; LIDA, L.I.S. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. **Acta paul. enferm.**, 2009, vol.22, n.2, pp. 205-209. ISSN 0103-2100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200014>. Acessado em 20 de abril de 2012.
- FERNANDES, M. C. et al., Análise da atuação de enfermeiro na gerencia de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. de Enferm.** Brasília-DF, v. 14, n 2, 2010.
- FONSECA, H. L. A. Caracterização dos principais problemas de saúde do idoso acamado, e desafios para a equipe de saúde da família no acompanhamento destes. **Monografia apresentada ao Centro Universitário Claretiano de Batatais-SP**. 2006.
- GOULART, F. M. et al., Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. de Enferm.** v. 14, n. 2, 2011.
- LIMA, A. C.B.; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.
- MEDEIROS, B. F. et al. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão pelos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n.1, 2009.

PADILHA, M. I. C. S. ; VAGHETTI, H. H. ; BRODESEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev Bras. Enferm.** Brasília-DF, v. 63, n. 1, 2009.

PERRONE, F. et al . Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 3, June 2011.

RANGEL, E.M. L; CALIRI, M. H. L. Uso das diretrizes para o tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros em um hospital geral. **Rev. Elet. Enf.** 2009. V. 11, n. 1, pp. 70-77. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a09.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2011.

SOUSA, A. C.; PEREIRA, K. C.; GAMA, F. N. O processo do cuidar: Profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento da ulcera por pressão. **Revista Enfermagem Integrada** - Ipatinga: Unileste - MG - V.3 - N.1 - Jul/Ago. 2010.

SOUZA, M.S.T.; SANTOS, V.L.C.G.Fatores de Risco pra o desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. **Rev. Latino-amer Enf.** 2007. Set.-out; vol. 15, n.5. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/112/94>. Acesso em 18 de outubro de 2011.

Data de recebimento para publicação: 15.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 21.11.2012.

Revista:

temas em
saúde

Retocolite Ulcerativa: Uma Revisão Literária

Ulcerative Colitis: A Literary Review

Iahla Estrela Batista¹
Renée Almeida Barbosa²
Albert Eduardo Silva Martins³

RESUMO: As doenças inflamatórias intestinais correspondem qualquer tipo de processo inflamatório que envolve o trato gastrointestinal. A retocolite ulcerativa é uma doença inflamatória intestinal crônica que atinge o intestino grosso, mais precisamente o cólon e o reto, caracterizada por inflamação da mucosa acompanhada de úlceras. É visto que a retocolite ulcerativa atinge a população entre 20 e 40 anos. Sua etiologia ainda não está esclarecida, mas sabe-se que estão envolvidos fatores genéticos, imunológicos e ambientais. As principais manifestações clínicas desta patologia são diarreia constante acompanhada ou não de sangue, dores abdominais, rapidez para evacuação e emagrecimento. A cronicidade desta doença pode levar ao surgimento de câncer colorretal. O diagnóstico utilizado é a colonoscopia, estudos histopatológicos e radiologia. Na terapêutica são ministrados corticosteróides e imunossuppressores. O trabalho foi desenvolvido através de artigos científicos, onde foram analisadas novas formas de diagnóstico diferencial já que pode haver confusão com outras patologias de sintomatologia semelhante.

UNITERMOS: Intestino-grosso. Inflamação. Crônica. Mucosas.

ABSTRACT: *Inflammatory bowel diseases correspond to any kind of inflammatory processes involving the gastrointestinal tract. The ulcerative colitis is a chronic inflammatory bowel disease that affects the large intestine, specifically the colon and rectum, characterized by mucosal inflammation accompanied by ulcers. It is seen that ulcerative colitis affects the population between 20 and 40 years. Its etiology is not cleaned up, but it is known that genetic, immunological and environmental factors are involved. The main clinical manifestations described in this pathology are constant diarrhea with or without blood, abdominal pains, weight loss and rapid evacuation. Often chronicity this disease leads to colorectal cancer. The diagnostic colonoscopy is used, histopathology and radiology. At therapy this disease are administered corticosteroids and immunosuppressants. The work was developed through scientific articles, which were analyzed new forms of differential diagnosis since the ulcerative colitis can be confused with symptoms of other disorders similar.*

KEYWORDS: *Large intestine. Inflammation. Chronicle. Mucous.*

1. Bacharelado em Biomedicina, Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil .

2. Bacharelado em Biomedicina, Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil .

3. Mestre em Biologia Molecular e Genética, doutorando em Medicina Tropical pela UFPE e professor do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A retocolite ulcerativa é uma doença inflamatória intestinal crônica que atinge o intestino grosso, mais precisamente o cólon e o reto, caracterizada por inflamação das mucosas (camada de células que forra a superfície interna do intestino grosso) e muitas vezes acompanhada de úlceras, cuja etiologia é desconhecida (GUIMARÃES et al., 2008).

Estudos epidemiológicos vêm demonstrando uma incidência crescente da retocolite ulcerativa (RCU) nas últimas décadas. As DII acometem pessoas de diferentes classes socioeconômicas, idade, sexo, e nacionalidade (SOUZA et al., 2011).

Os principais sintomas incluem aumento dos movimentos intestinais, perda de sangue, dor abdominal, náusea, diarreia persistente, vômitos e anorexia. O curso dos sintomas pode variar; ocorrem períodos de remissão e exacerbação, ou podendo seguir de forma fulminante (ORTIGOSA, 2005).

É necessário um exato diagnóstico para diferenciação e identificação do grau e gravidade e a extensão na qual se encontra a doença (STENSON; KORZENIK, 2003). O diagnóstico das DII, bem como sua diferenciação entre DC e RCU pode ser feito com exatidão na maioria dos pacientes, com base na história clínica, exame físico, dados laboratoriais, exames endoscópicos, exames radiológicos e histológicos (VAN ASSCHE et al., 2010; STANGE et al., 2008).

Os esquemas terapêuticos dependem bastante da gravidade do quadro clínico, e essa graduação pode ser realizada por diferentes métodos (Lloyd-Steel, por exemplo) que exigem numerosos dados laboratoriais. A graduação proposta é muito simples, baseia-se unicamente em dados clínicos e é suficiente para aplicação do esquema terapêutico com bons resultados. (BARBIERI, 2000).

Por ser uma doença desconhecida, precisa ser trabalhada desde seus fatores de risco até suas manifestações clínicas, de forma que exista uma divulgação da problemática com posterior conhecimento da população sobre o assunto.

Baseado no exposto, o objetivo principal do trabalho é determinar a caracterização do diagnóstico diferencial da retocolite ulcerativa e sua associação com o diagnóstico de outras patologias que apresentam os mesmos sintomas.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

A RCU é uma das formas comuns de doenças inflamatórias intestinais (DII), caracterizada por ser uma inflamação crônica do intestino grosso (ARAÚJO et al., 2009).

A RCU tem como característica principal uma inflamação crônica que acomete a mucosa do cólon, envolvendo, obrigatoriamente, o reto e que limita-se ao intestino grosso muitas vezes acompanhada de úlceras (DAMIÃO E HABR-GAMA, 1999). Diferentemente da doença de crohn (DC) em que as lesões podem assaltar todo o trato gastrointestinal, a retocolite ulcerativa é de ocorrência praticamente obrigatória no reto, podendo restringir-se a esse segmento ou se estender a outros segmentos do cólon (KIRSNER, 2000; KORZENIK, 2003).

Com relação às características histológicas da RCU, a

avaliação da arquitetura tecidual através de métodos rotineiros não é suficiente para ressaltar fatores importantes como a natureza do infiltrado inflamatório e estágio de displasia que as células colônicas apresentam. “Os termos idiopático, indeterminado, inespecífico”, às vezes mencionado está correlacionado, à ausência de características mais precisas que indicariam o tipo exato de inflamação, bem como a o nível da distorção da arquitetura tecidual do revestimento mucoso do cólon (GRAMLICH, 2007). A RCU é uma reação inflamatória difusa, caracterizado pela presença de abscessos nas criptas intestinais e infiltrado de neutrófilos, plasmócitos e eosinófilos na lâmina própria, que acomete as regiões mucosa e submucosa do cólon e reto (PODOLSKY, 2002; BULLER et al., 2002).

EPIDEMIOLOGIA

A RCU tem despertado a atenção pelo aumento crescente da frequência, demonstrado em caustística com números significativamente maiores de doentes que adquirem a doença nos últimos anos (MARAKHOUSKI et al., 2007). Trabalhos retrospectivos realizados sobre a epidemiologia das doenças inflamatórias intestinais, sobretudo a partir de 1980, mostram que está havendo, atualmente, uma tendência mundial para o aumento de sua incidência (SOUZA et al., 2002).

Dados epidemiológicos gerais apontam para uma distribuição etária bimodal com um pico entre 20 e 40 anos e o outro pico nos idosos. A incidência em idosos também é variável, oscila entre cinco e seis para cada 100.000 (KUSUGAMI et al., 2001; GROOL et al., 2004).

Aproximadamente 20% de todos os casos de RCU iniciam a sintomatologia antes dos 20 anos de idade. Nessa faixa etária, a doença incide mais em adolescentes que em crianças, embora possa acometer até lactentes (BALDASSANO, PICCOLI, 1999; WALKER SMITH, 2000; RUSSEL, 2000).

A prevalência da DII rapidamente aumentou nos países industrializados na segunda metade do século XX, tendendo a se estabilizar. A incidência da DC é de 5 casos/100 mil habitantes/ano nos Estados Unidos e Europa, com uma prevalência de 50/100 mil, enquanto na RCUI, esta é de 12/100 mil habitantes nos Estados Unidos (ZALTMAN, 2007).

As DII acometem pessoas de diferentes classes socioeconômicas, idade, sexo e nacionalidade. No Brasil onde a prevalência oficial DII ainda é baixa há pouca informação na literatura. Aumento significativo da incidência das DII em nosso meio tem sido registrado nas regiões Sul e Sudeste. (QUILICI et al., 2007). Em nosso país, estas doenças não são consideradas de notificação compulsória, o que nos leva a pensar que as DII podem não estar sendo diagnosticadas, uma vez em que os prontuários médicos registram altas taxas de diarreias de etiologia bacteriana ou parasitária, então visto que por não se ter dados atualizados sobre a mesma realidade no Brasil pode ser diferente, pois não existem registros públicos de saúde eficazes sobre as DII, essas doenças não são classificadas como de notificação compulsória, e as anotações nos prontuários dos pacientes e nos arquivos dos serviços de saúde são inadequadas (SOUZA et al., 2011).

É importante ressaltar a escassez de dados

epidemiológicos acerca dessa patologia, em nosso país, que passa despercebida pelos grandes levantamentos de saúde pública nacional. Dada a falta de informações sobre a ocorrência das DII no Brasil (TORRES et al., 2011).

CLASSIFICAÇÃO

A RCU é caracterizada por uma inflamação contínua, sendo assim classificada de acordo com seu limite proximal, em proctite, retossigmoidite, colite esquerda e pancolite (SILVERBERG et al., 2005).

ANATOMOFISIOPATOLOGIA

A lesão compromete todo o colo, iniciando no reto e se propaga de modo contínuo para todo o colo, não ultrapassando a válvula ileocecal. Atinge só a mucosa não atingindo toda a parede do colo, a não ser excepcionalmente no caso do megacólon tóxico (BARBIERI, 2000).

A lesão ativa é representada por congestão e edema de mucosa, focos de necrose do epitélio, abscessos crípticos e úlceras. O processo inflamatório agudo está associado com a destruição das células da mucosa (THOMPSON et al., 2011).

O infiltrado de neutrófilos e linfoplasmocitário são proeminentes. Com a resposta terapêutica favorável o processo inflamatório se reduz com desaparecimento das úlceras, reepitilização, com hiperplasia de criptas levando à formação de pseudopólipos. Quando ocorrer remissão clínica, essas criptas podem sofrer atrofia, com adelgaçamento da mucosa, encurtamento e distorção das criptas, cujos fundos ficam distantes da muscular da mucosa (RODRIGUES, 1996).

Em decorrência do comprometimento da mucosa cólica e retal surge diarreia com muco e sangue e, às vezes, pus. A alteração da motilidade com desaparecimento das haustrações, a redução do calibre e do comprimento do colo pelo processo inflamatório agravam a diarreia e desencadeiam cólicas e tenesmo. Pelas úlceras há perda de proteínas e pela perda de área colônica útil há redução de absorção de água e sódio (BARBIERI, 2000). Na RCU são reconhecidos três tipos de lesões pré-malígnas: pólipos adenomatosos esporádicos, a displasia plana e as lesões/tumores associadas à displasia (MALCOMSON et al., 2004).

Em relação às características histológicas da RCU, a avaliação da arquitetura tecidual, bem como da natureza do infiltrado inflamatório indicam se o processo visualizado é crônico ou idiopático (ARAÚJO et al., 2009).

ETIOLOGIA

A RCU é uma patologia cujo sua etiologia não é totalmente esclarecida, em que estão envolvidos fatores genéticos, ambientais e imunológicos (ARAÚJO et al., 2009).

Levando em consideração os fatores genéticos sabe-se que a retocolite é um fator predisponente ao surgimento de câncer de cólon (CHAMBERS, 2005).

Cinco fatores vêm sendo investigados: 1. fator infeccioso: seu isolamento como agente responsável pelo desencadeamento da inflamação da mucosa colônica não foi

concretizado; 2. fator psicogênico : maiores estudos devem ser realizados para esclarecer como um agressor psicológico pode induzir as sérias lesões histológicas no colo; 3. fator ambiental: dieta também não foi confirmado; 4. fator genético: os estudos familiares são consistentes com herança poligênica. Os marcadores genéticos estudados mostram um aumento de frequência de antígenos HLA-D27 entre os portadores de RCU e 5. fator imunológico: a participação do sistema imunológico na etiopatogênese da RCU é aceita pela maioria dos autores e, embora haja uma plêiade de trabalhos sobre o assunto, não está ainda definido o mecanismo básico envolvido (RHODES et al., 1994; LIPSKY, 1995; BARBIERI, 2000).

IMUNOLOGIA

Atualmente sabe-se que as doenças inflamatórias intestinais, ou seja, retocolite ulcerativa resulta de uma resposta inadequada de um sistema imune da mucosa incapaz de distinguir a microbiota de outros antígenos luminais (BAUMGART, CARDING, 2007).

A RCU é uma patologia que provém de um grupo de condições inflamatórias crônicas, resultantes de ativação persistentes inadequadas ao sistema imune mucoso, essa desregulação manifesta-se através de uma elevação local de diversas citocinas, como TNF-alfa, interferon-gama, IL-12, IL-13 e IL-17 (PINHO, 2008).

Existem indícios de que a carcinogênese oriunda da inflamação crônica pode estar relacionada com um dano causado pela ativação prolongada das vias de sinalização responsáveis pela renovação celular continuada (KUCHARZIK, 2006).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os sintomas podem diversificar em alguns pacientes a RCU apresenta-se de forma leve onde ocorrem períodos de remissão e exacerbação, mas em outros a doença segue terrivelmente (IOSHI et al., 2002).

O sintoma que predomina na RCU é a diarreia, que pode ser acompanhada ou não de sangue. Pode, também, haver uma associação da diarreia com cólicas abdominais, urgência e tenesmo e ainda podem apresentar também mal-estar, anorexia e febre (CATER et al., 2004; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003).

A RCU pode apresentar complicações como abscessos e fístulas, que são consequências de úlceras da mucosa, através da parede do intestino para o tecido extra-intestinal. O paciente pode apresentar perfuração do cólon, que é comum em uma das mais severas complicações dessa doença o megacólon tóxico que se apresenta com dor e distensão abdominal e desaparecimento dos ruídos intestinais e sinais de desequilíbrio hidroeletrólítico (STENSON et al., 2003; IOSHI et al., 2002)

Embora que a RCU seja uma doença inflamatória cuja sua origem é não-neoplásica, o câncer colorretal ainda é a principal causa de morte nos pacientes acometidos com as DII (LASHNER et al., 2003)

A RCU pode ou não estar relacionada a manifestações extra-intestinais, sendo mais comuns as articulares, ósseas,

mucocutâneas, hepáticas e oculares (ORTIGOSA, 2005; PEARSON, 2004). Houve relatos de maiores riscos de progresso de eventos tromboembólicos, hematológicos, assim como manifestações neurológicas, cardíacas, tireoideas, nefrourológicas (BIONDO-SIMÕES et al., 2003; ORTIGOSA, 2005; PEARSON, 2004; MUÑOZ et al., 2006). Problemas reumatológicos, artralgia, sarcólite, espondilite anquilosante, trombose venosa, conjuntivite e colilitíase entre outros (TORRES et al., 2011).

DIAGNÓSTICO

É necessário um exato diagnóstico para diferenciar a RCU, DC e outras patologias com sintomatologia semelhantes, determinar a gravidade e extensão das lesões teciduais, para isso é exigido uma observação clínica criteriosa bem como a utilização de exames laboratoriais, radiológicos e endoscópicos, tendo em vista que a colonoscopia é o mais aplicável instrumento para tal diagnóstico (STENSON et al., 2003; JUNG, 2012).

Nos últimos anos tem-se acentuado o diagnóstico diferencial da DC e da RCU. DII que apresentam aspectos epidemiológicos e clínicos comuns, no entanto se diferem de modo significativo a sua evolução, à forma de exteriorização clínica e a resposta ao tratamento, permitindo assim caracterizá-las como entidades distintas. Por este motivo a utilização de ferramentas moleculares como apoio ao diagnóstico vem ganhando espaço no sentido de identificar marcadores celulares específicos (ARAÚJO et al., 2009).

A colonoscopia evidência um processo inflamatório contínuo a partir do reto, atinge diferentes seguimentos do cólon (REIS, 2011).

Os exames de imagem são muito úteis no diagnóstico, dilatação colônica no raio x simples, em especial no transverso, ocorre no megacólón tóxico e radiografias com bário. Histologicamente caracteriza-se por redução do contingente de células caliciformes, infiltrado inflamatório intenso na mucosa e, eventualmente, na submucosa representada principalmente por polimorfonucleares (neutrófilos) (VAN ASSCHE et al., 2010).

Laboratorialmente os pacientes apresentam elevação das provas de atividade inflamatória como proteína C reativa (PCR), velocidade de hemossedimentação (VHS) e a alfa-1-glicoproteína ácida. Podem também ser identificadas anemia, leucocitose, déficit vitamínico e de eletrólitos (BAUMGART, SANDBORN, 2007; VAN ASSCHE et al., 2010; LEWIS, 2011).

Atualmente o mais aconselhável é que seja realizado sempre o estudo histopatológico da mucosa retal em que se constitui no método de diagnóstico mais importante, embora não-patognomônico para o esclarecimento da etiologia da colite, este exame serve como parâmetro complementar para o curso terapêutico ser empregado, além disso, a análise das amostras teciduais obtidas por endoscopia é essencial e crucial para determinação do tratamento da patologia (DIAZ et al., 2002; ABDEL et al., 2008).

TRATAMENTO

O tratamento da RCU tem como objetivo amenizar os

sintomas, tendo em vista que a maioria dos casos não obtém cura. O controle da doença é feito basicamente com o uso salicilatos (sulfassalazina, mesalazina), corticoides e imunossupressores os dois últimos são usados em pacientes portadores dos casos mais graves, os quais precisam de hospitalização. Alguns pacientes conseguem resistir a esse tratamento e são submetidos à colectomia total e confecção de bolsa ileal para controle da doença (LESS et al., 2007; RUTEGEERTS, 2005).

Devido as falhas nos tratamentos atuais, novos estudos estão sendo feitos. Segundo Krag e colaboradores (2012), a reabilitação das DII pode ser induzida a partir de dietas complementares, como por exemplo, alimentos para fins medicinais (FME). Um novo produto dietético foi estudando o Profermim, que será registrado como um FME e poderá ajudar na reabilitação da RCU.

Desde 2001 o uso de agentes biológicos com o infliximabe vem sendo aplicado no tratamento da RCU, a sua aprovação pelo Ministério da Saúde do Brasil, foi concedida no ano de 2006, sendo utilizada em casos graves da RCU resistentes aos medicamentos convencionais. O uso do infliximabe no tratamento inicial da RCU evitaria a evolução da doença para formas mais graves e conseqüentemente a necessidade de colectomia (HOMMES et al., 2006; CASTRO, et al., 2007; LESS et al., 2007; JÄRNEROT et al., 2005).

Propõe-se o tratamento cirúrgico quando, o tratamento medicamentoso falha no alívio dos sintomas da doença, para a RCU este é um excepcional método de tratamento e cura. Contudo, este tipo de tratamento só é sugerido quando, a crise prorroga por mais de dez dias sem resposta adequada ao tratamento ou quando agrava-se o quadro clínico do paciente (PEARSON; GONZALEZ, 2004).

Nos pacientes em que a cirurgia não é o tratamento de escolha é fundamental a utilização de outros fatores prognósticos para melhor compreender a evolução da RCU e definir a melhor terapia (FELIN et al., 2008). As figuras a seguir mostra o controle médico do tratamento em quadros leves e moderados, e também nos quadros graves.

CONCLUSÕES

É sabido que as DII são bastante complexas e que a RCU está entre as suas principais patologias, de origem idiopática. O diagnóstico diferencial é importante para uma terapêutica precisa. Entre os métodos mais convencionais empregados, o estudo histopatológico se destaca como sendo um dos mais completos por possuir uma maior concisão em discernir os tipos celulares da inflamação.

Considerando que a RCU é frequentemente confundida principalmente com a DC, é necessário obter a localização exata da inflamação para que seja efetuada a terapêutica ideal.

É essencial aprofundar o conhecimento sobre a doença para uma melhor compreensão de sua etiopatologia.

R E F E R Ê N C I A S

- ABDEL HADY, M.; BUNN, S.K. Inflammatory bowel disease. **Current pediatrics**; 2004.
- ARAÚJO, G.L.S.; TELLES, A.M.S.; LIMA, F.E.A.; PONTES FILHO, N.T.;
- MACHADO, M.C.F.P. Análise histológica e histoquímica de fatores prognósticos em pacientes com retocolite ulcerativa. **Revista brasileira coloproctologia**. vol.29 no.1 Rio de Janeiro; 2009.
- BALDASSANO, R.N.; PICCOLI, D.A. Inflammatory bowel disease in pediatric and adolescent patients. **Gastroenterology clinics of North America**. Vol. 28; 1999.
- BARBIERI, D. Doenças inflamatórias intestinais. **Jornal de pediatria**. São Paulo; 2000.
- BAUMGART, D.C.; CARDING, S.R. Inflammatory bowel disease: cause and immunobiology. **Lancet**; 2007.
- BAUMGART, D.C.; SANDBORN, W.J. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. **Lancet**; 2007.
- BIONDO-SIMÕES M.L.P.; MANDELLI, K.K.; PEREIRA, M.S.C.; FATURI, J.L. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. **Revista brasileira de coloproctologia**; 2003.
- BULLER, H.; CHIN, S.; KIRSCHNER, B.; KOHN, J.; MARKOWITZ, J.; MOORE, D.; MURCH, S.; TAMINAU, J. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: Working group report of the first world congress of pediatric Gastroenterology, hepatology and nutrition. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**; 2002.
- CAMPOS, F.G.; WAITZBERG, D.L.; HABR-GAMA, A.; LO GULLO, A.F.; NORONHA, I.L.; JANCAR, S.; TORRINHAS, R.S.M.; FÜRST, P. Impact of parenteral n-3 fatty acids on experimental acute colitis. **British Journal of nutrition**; 2002.
- CARTER, M.J.; LOBO, A.J.; TRAVIS, S.P.L. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. **GuT**. vol 53, suppl V, p. vi-vi6, 2004.
- CASTRO FERNÁNDEZ, M.; GARCÍA ROMERO, D.; SÁNCHEZ MUÑOZ, D.; GRANDE, L.; LARRAONA, J.L. Severe ulcerative colitis, with toxic megacolon, resolved with infliximab therapy. **Revista Española de Enfermedades Digestivas**;
- CHAMBERS, W.M.; WARREN, B.F.; JEWELL, D.P.; MORTENSEN, N.J.McC. Cancer surveillance in ulcerative colitis. **British Journal of Surgery**. Vol. 92; 2005.
- DAMIÃO, A.O.M.C.; HABR-GAMA, A. Retocolite ulcerativa idiopática. In: DANNI, R.; CASTRO, L.P. **Gastroenterologia Clínica**. 3ª ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, p. 1037-1068; 1993.
- DIAZ, N.J.; PATRICIO, F.S.; FAGUNDES NETO, U. Colite alérgica: características clínicas e morfológicas da mucosa retal em lactentes com enterorragia. **Arquivos de gastroenterologia**; 2002.
- FELIN, C.R.; ROCHA, A.B.; FELIN, I.P.D.; REGNER, A.; GRIVICICH, I. Expressão das proteínas p53 e Cox-2 em adenocarcinoma intestinal e mucosa adjacente. **Revista brasileira de coproctologia**; 2008.
- GONZÁLEZ, R. Crisis grave de enfermedad inflamatoria intestinal: diagnóstico y tratamiento. **Gastroenterologia latinoamericana**; 2004.
- GRAMLICH, T.; PETRA, R. E. - Pathology of inflammatory bowel disease. **Seminars in pediatric surgery**. 16: p. 154-163; 2007.
- GROOL, T.A.; KUIPERS, E.J. Inflammatory bowel disease in three elderly patients: an unexpected diagnosis in long-standing abdominal complaints. **Ned Tijdschr Geneesk.** 2004.
- GUIMARÃES, L.P.M.; YOSHIDA, E.M.P. Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. **Psicologia: teoria e prática**. Campinas; 2008.
- HOMMES, D.; BAERT, F.; VAN ASSCHE, G.; CAENEPEEL, F.; VERGAUWE, P.; H.T.; DE VOS, M.; VAN DEVENTER, S.; STIT, L.; RUTGEERTS, P.; FEAGAN, B.; D'HAENS, G. The ideal management of Crohn's disease: top down versus step up strategies, a randomized controlled trial. **Gastroenterology**; 2006.
- IOSHII, S.O.; TEIXEIRA, V.; FIGUEIREDO, T.M.S. Megacolon tóxico fatal por Citomegalovirus em pacientes com retocolite ulcerativa idiopática: relato de caso e revisão de literatura. **Arquivo Gastroenterologia**. Vol. 39 nº 2; Curitiba; 2002.
- JÄRMEROT, G.; HERTERVIG, E.; FRIIS-LIBY, I.; BLOMQUIST, L.; KARLÉN, P.; GRÄNNÖ, C.; VILJEN, M.; STRÖM, M.; DANIELSSON, A.; VERBAAN, H.; HELLSTRÖM, P.M.; MAGNUSON, A.; CURMAN, B. Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis: a randomized, placebo-controlled study. **Gastroenterology**; 2005.
- JUNG, S.A. Differential diagnosis of inflammatory bowel disease: What is the role of colonoscopy? **Review**; 2012.
- KRAG, A.; ISRAELSEN, H.; RYBERG, B. V.; ANDERSEN, K.K.; BENDTSEN, F. Safety and efficacy of Profermin to induce remission in ulcerative colitis. **World Journal of Gastroenterology**; 2012.
- KRINNER, J.B. Inflammatory bowel disease. 5th edition, Wb Saunders Company ed. Philadelphia, Pennsylvania, 2000.
- KROMBLUTH, A.; SACHAR, D.K.; SALOMON, P. Crohn's disease. In: FELDMAN, M.; SCHARSCBIMDT, B.F.; SLEISENGER, M.H. Sleisenger & Fordtrans's gastrointestinal and liver disease - **Pathophysiology; diagnosis and management** 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998.
- KUCHARZIK, T.; MAASER, C.; LÜGERING, A.; KAGNOFF, M.; MAYER, L.; TARGAN, S.; DOMSCHKE, W. Recent Understanding of IBD Pathogenesis: Implications for future therapies. **Basic Science Review**. Vol.12 nº 11; 2006.

- KUSSUGAMI, K.; INA, K. Are the clinical features of ulcerative colitis different in the elderly? **Journal Gastroenterology**; 2001.
- LASHNER, B.A.; BAUER, W.M.; RVBICKI, L.A.; GOLDBLUM, J.R. Abnormal p53 immunohistochemistry is associated with an increased colorectal cancer-related mortality in patients with ulcerative colitis. **The American Journal of Gastroenterology**; 2003.
- LEES, C.W.; HEVS, D.; Ho, G.T.; NOBLE, C.L.; SHAND, A.G.; MOWAT, C.; BOULTON-JONES, R.; WILLAMIS, A.; CHURCH, N.; SATSANGI, J.; AMOTT, I.D. Scottish Society of Gastroenterology Influximab Group. retrospective analysis of the efficacy and safety of infliximab as rescue therapy in acute severe ulcerative colitis. **Alimentary Pharmacology Therapeutics**; 2007.
- LEWIS, J.D. The utility of biomarkers in the diagnosis and therapy of inflammatory bowel diseases. **Gastroenterology**; 2011.
- LIPSKY, P.E. The spondyloarthropathies. In: Frank, Austein, Cloman, Unanue (ed). **Santer's Immunologia Disease**. 5ª ed. Boston: Little Brown and Company; 1995.
- MALCOMSON, R.D.G.; MCGREGOR, A.H. Molecular screening for colon cancer in inflammatory bowel disease. **European Journal Gastroenterology hepatology**; 2002.
- MARAKHOUSKI, Y.; HARGUN, J.; MARAKHOUSKI, K. Epidemiology, clinical presentation and outcome in ulcerative colitis: observation from urban population during 10 years period. **Journal Crohn's Colitis**; 2007.
- MILANI, L.R. Frequência da gastrite focal em pacientes com doença inflamatória intestinal e sua relação com infecção pelo *Helicobacter pylori*. **Dissertação de mestrado**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011.
- MUÑOZ, S.C.; QUERA, R.P.; JESEN, C.B.; BRAHM, B.J.; VELASCO, M.R.; GIL, L.C.L.; LATORRE, R.M.; MADRID, A.M.S.; LUBASCHER, J.C.; VALENZUELA, J.E.; ALVAREZ, L.L.; KARELOVIC, S.C. Tromboembolismo, otra manifestación extraintestinal de las enfermedades inflamatorias intestinales. **Gastroenterology Latinoamericana**; 2006.
- NAKAMURA, R.M.; MATSUTANI, M.; BARRY, M. Advances in clinical laboratory tests for inflammatory bowel diseases. **Clinica Chimica Acta**; 2003.
- ORTIGOSA, L. Concepto actual y aspectos clínicos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. **Colombia Médica**; 2005.
- PEARSON, C. Inflammatory bowel disease. **Clinical Advanced NT**; 2004.
- PINHO, M. A biologia molecular das doenças inflamatórias intestinais. **Revista Brasileira Coloproctologia**. vol.28 no.1; 2008.
- PODOLSKY, D.K. Inflammatory bowel disease. **The New England Journal of Medicine**; 2002.
- PONTES, R.M.A.; MISZPUTEN, S.J.; FARREIRA FILHO, O.F.; MIRANDA, C.; FERRAZ, M.B. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionary" (IBDQ). **Arquivos de gastroenterologia**. Vol. 41 no. 2 São Paulo; 2004.
- QUILICI, F.A.; DAMIÃO, A.O.M.C.; SIPAHI, A.M.; ZALTMAN, C.; FLAVIO, S.; MAGALY, G.T.; MISZPUTEN, S.J. Guia prático doença inflamatória intestinal. **Elsevier**. Rio de Janeiro; 2007.
- RHODES, J.; THOMAS, G.A.O. Smoking: Good or bad for inflammatory bowel disease? **Gastroenterology**; 1994.
- ROBBINS, L.T.; CONTROL, P. **Patologia: bases patológicas das doenças**. 7ª ed. Rio de Janeiro; 2005.
- RODRIGUES, M. Estudo imunohistológico dos macrófagos, expressão HLA-DR, linfócitos T (total e auxiliada) e linfócitos B da mucosa colônica do colon. **Tese de doutoramento**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo; 1995.
- ROTHENBERG, S.S. Laparoscopic segmental intestinal resection. **Seminars in pediatric surgery**; 2002.
- RUSSEL, M.G. Changes in the incidence of inflammatory bowel disease: What does it mean? **European Journal International Medicinal**. 2000.
- RUTGEERS, P. Medical therapy of inflammatory bowel disease. **Digestion**; 1998.
- RUTEGEERS, P.; SANDBORN, W.J.; FEAGAN, B.G.; REINISCH, W.; OLSON, A.; JOHANNIS, J.; TRAVERS, S.; RACHMILEWITZ, D.; HANAUER, S.B.; LICHTENSTEIN, G.R.; de VILLIERS, W.J.; PRESENT, D.; SANDS, B.E.; COLOMBEL, J.F. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. **The New England Journal of Medicine**; 2005.
- SILVERBERG, M.S.; SATSANGI, J.; AHMAD, T.; ARNOTT, I.D.; BERNSTEIN, C.N.; BRANT, S.R.; CAPRILLI, R.; COLOMBEL, J.F.; GASCHÉ, C.; GEBOES, K.; JEWELL, D.P.; KARBAN, A.; LOFTUS JUNIOR, E.V.; PEÑA, A.S.; RIDDELL, R.H.; SACHAR, D.B.; SCHREIBER, S.; STEINHART, A.H. TARGAN, S.R.; VERMEIRE, S.; WARREN, B.F. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. **Canadian Journal of Gastroenterology**; 2005.
- SOUZA, M.M.; BARBOSA, D.A.; ESPINOSA, M.M.; BELASCO, A.G.S. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. **Acta Paulista de Enfermagem**. 24(4): 479-84; 2011.
- SOUZA, M.M.; BELASCO, A.G.S.; NASCIMENTO, J.E.A. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. **Revista brasileira de coloproctologia**. Cuiabá; 2008.
- SOUZA, M.H.L.P.; TRONCON, L.E.A.; RODRIGUES, C.M.; VIANA, C.F.G.; ONOFRE, P.H.C.; MONTEIRO, R.A.; PASSOS, A.D.C.; MARTINELLI, A.L.C.; MENEGHELLI, U.G. Evolução da ocorrência (1980 – 1999) da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática e análises de suas características clínicas em um hospital universitário do sudeste do Brasil. **Arquivo de Gastroenterologia**. São Paulo; 2002.
- STANGE, E.F.; TRAVIS, S.P.L.; VERMEIRE, S.; REINISCH, W.; GEBOES, K.; BARAKAUSKIENE, A. European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis definition and diagnosis. **Journal Crohn's Colitis**; 2008.
- STENSON, W.F.; KORZENIK, J. **Inflammatory bowel disease**. In: YAMADA, T.; ALPERS, D.H.; KAPLOWITZ, N.; et al. Textbook of gastroenterology. Fourth edition. Vol. 2. Philadelphia. Ed Lippincott Williams e Wilkins, 2003.

THOMPSON, A.I.; LESS, C.W. Genetics of ulcerative colitis. **Basic Science Review**. vol. 13 nº 3; 2011.
TORRES, J.A.P.; SANTANA, R.M.; TORRES, F.A.P.; MOURA, A.R.; TORRES NETO, J.R. Doenças inflamatórias intestinais no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe: manifestações extraintestinais. **Revista brasileira Coloproctologia**. Vol.31 no.2; 2011.
WALKER-SMITH, J.A. Chronic inflammatory bowel disease in children: a complex problem in management. **Postgraduate Medical Journal**; 2000.
VAN ASSCHE, G.; DIAGNASS, A.; PANES, J.; BEAUGEIRIE, L.; KARAGIANNIS, J.; ALLEZ, M.; OCHSENKÜHN, T.; ORCHARD, T.; ROGLER, G.; LOUIS, E.; KUPCINSKAS, L.; MANTZARIS, G.; TRAVIS, S.; STANGE, E. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. **Journal of Crohn's and colitis**; 2010.
ZALTMAN, C. Doença inflamatória intestinal: qual a relevância da doença no Brasil? **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro; 2007.

Data de recebimento para publicação: 17.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 21.11.2012.

temas em
Saúde

Uso de Álcool e Fatores Associados entre Acadêmicos Concluintes de Enfermagem¹

Use of Alcohol and Associated Factors Among the Senior Nursing Students

Charlene Oliveira Bezerra²

Gisele Santana Pereira Carreiro³

Gicélia Maria Simplicio de Santana⁴

Márcia Rique Carício⁵

Jéssica Suellin Nogueira Leite⁶

Joseane de Sousa Aranha⁷

RESUMO: A prevalência do consumo de substâncias psicoativas entre estudantes universitários é cada vez mais crescente e os problemas relacionados ao uso prejudicial acompanham esse crescimento. O estudo teve como objetivo investigar o uso prejudicial de bebida alcoólica entre concluintes de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos e identificar quais os fatores que podem estar relacionados. Trata-se de uma pesquisa de caráter epidemiológico, transversal e descritivo sendo que a abordagem é quantitativa. A amostra foi composta por 47 estudantes. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, contendo dados sociodemográficos e as características de uso do álcool pelos participantes, e um outro questionário com possíveis fatores de risco para o uso. Os resultados revelaram que dos 47 participantes da pesquisa, 51,1% relataram que fazem uso do álcool, sendo que destes, 69,5% usam pelo menos uma vez por semana; 87,5% da amostra relatou que bebe devido à pressão que sofre por parte dos amigos; 45,8% afirmam sair com os amigos como atividade de lazer; 75% dos entrevistados são do gênero feminino; 83,3%, tem entre 21 e 30 anos; 83,3% não tem companheiro; 91,7% são católicos; 70,8% moram com familiares; 58,3% estão desempregados; 58,3% tem renda familiar até 3 salários mínimos; 70,8% não tem filhos. O ambiente acadêmico torna-se um espaço adequado para o desenvolvimento de programas preventivos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, assim, a universidade pode funcionar como instrumento de prevenção ou pelo menos reduzir o consumo entre os acadêmicos.

UNITERMOS: Alcoolismo. Estudantes de enfermagem. Fatores de risco.

ABSTRACT: *The prevalence of the use of psychoactive substances among academics is increasingly growing and the problems related to harmful use follow this growth. The present study aimed to investigate the harmful use of alcohol among nursing graduates of the Faculdades Integradas de Patos-PB and identify what factors may be related. This is a survey of epidemiologic, cross-sectional descriptive and that the approach is quantitative. The sample consisted of 47 students. Data were collected through a structured questionnaire containing sociodemographic characteristics and alcohol use by participants, and another questionnaire about possible risk factors for use. The results revealed that of the 47 respondents, 51.1% reported that they used alcohol, and of these, 69.5% use at least once a week, 87.5% of the sample reported drinking due to pressure suffers from friends, 45.8% say going out with friends as a leisure activity, 75% of respondents are female, 83.3% are between 21 and 30 years, 83.3% has no partner, 91.7% are Catholics, 70.8% live with relatives, 58.3% were unemployed, 58.3% have family income up to 3 minimum wages, 70.8% did not have children. The academic environment becomes a suitable space for the development of prevention programs related to substance abuse, so the university can function as an instrument to prevent or at least reduce consumption among academics.*

KEYWORDS: *Alcoholism. Nursing Students. Risk factors.*

1. Artigo extraído da monografia do curso de enfermagem para obtenção do título de bacharel.

2. Graduanda de Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.

3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente das Faculdades Integradas de Patos e do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

4. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente das Faculdades Integradas de Patos.

5. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente das Faculdades Integradas de Patos e do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

6. Graduanda de Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.

7. Graduanda de Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

A prevalência do álcool estima-se que cerca de 10% da população urbanizada de todo o mundo faz uso abusivo de drogas e que o álcool sozinho é responsável por 3,2% das mortes em todo o mundo. Um relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes indica que, no Brasil, 68,7% da população consumiu álcool em algum momento da vida, e 11,2% apresentam dependência (PEIXOTO et al, 2010).

O abuso do álcool tem alcançado proporções massivas, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, e está associado a uma série de consequências adversas, das quais o alcoolismo é apenas uma pequena parte, ainda que seja a de maior relevância do ponto de vista clínico. O problema do alcoolismo transformou-se sem dúvida, num dos fenômenos sociais mais generalizados das últimas décadas (CABRAL, 2011).

O álcool é uma substância lícita, social e culturalmente aceita e de fácil acesso. Entretanto, sua legalidade não confere segurança, porque seu consumo traz consequências maléficas como: alterações orgânicas, doenças, acidentes de carro traumáticos, violências, agressões, atividade sexual não planejada ou desejada, conflitos com a lei ou prejuízos no trabalho (BEZERRA et al., 2008).

O uso abusivo de substâncias psicoativas é motivo de preocupação dos diversos segmentos sociais e trata-se de um tema que envolve preconceito, uma vez que, frequentemente, a sociedade o associa ao crime e à imoralidade, o que interfere no processo de reinserção social (BRASIL, 2004).

A prevalência do consumo de substâncias psicoativas entre estudantes universitários é cada vez mais crescente e os problemas relacionados acompanham esse crescimento. Em função disso, é primordial compreender as variáveis que podem estar associadas a este preocupante fenômeno (PEUKER, 2006). São diversos os fatores que levam os acadêmicos a consumirem o álcool de forma abusiva: influência dos amigos, desestrutura familiar, fatores culturais, como forma de socialização, além disso, o álcool pode ser adquirido no Brasil a um baixo custo nos lugares mais diversos, favorecendo a expansão dos problemas por ele gerados em nosso meio social. Cabe enfatizar a influência do meio social que, contraditoriamente, estimula o seu uso, e, ao mesmo tempo, segrega os que se tornam dependentes (SILVA, et al, 2011).

Os universitários são considerados um grupo especial para a investigação científica no país. A sua importância se deve, principalmente, pelo grupo representar o futuro do desenvolvimento de nossa sociedade. O uso de substâncias psicoativas entre estudantes tem sido investigado, com o objetivo específico de identificar e pensar intervenções que possam diminuir o consumo neste grupo (MACIOLE, 2008).

Este estudo teve como objetivos investigar o uso de álcool entre os estudantes de bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, bem como, identificar possíveis fatores que podem estar relacionados ao uso prejudicial de bebida alcoólica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter epidemiológico, transversal e descritivo sendo de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com acadêmicos concluintes de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, no município de Patos-PB, sendo a coleta de dados realizada nos campos de estágio ou na própria instituição, após contato prévio e agendamento, para que não houvesse prejuízo das atividades acadêmicas.

A amostra foi constituída por 47 acadêmicos, que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de idade; estar regularmente matriculado no 9º período do curso de bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, independentemente do turno em que cursa; não ter diagnóstico de distúrbio mental relacionado ao uso de substâncias psicoativas ou problemas legais relacionados ao uso de álcool. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após devidos esclarecimentos sobre os objetivos e métodos da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu em Agosto de 2012, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos CEP/FIP, conforme Certidão 121/2012. Foram utilizados como instrumento de coleta de dados uma ficha com dados sócio-demográficos-econômicos para caracterização da amostra e hábitos de uso do álcool. Por fim, foi utilizado um questionário, construído para fins deste estudo, com questões sobre situações do cotidiano dos acadêmicos que podem funcionar como fatores de risco para o uso de álcool: afastamento da família, novos vínculos de amizade, participação em festas com uso de bebidas alcoólicas, a pressão dos amigos.

As informações constituíram um banco de dados que foi submetido à análise estatística utilizando o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 for Windows, sendo consideradas as frequências absolutas das variáveis (caracterização da amostra), bem como o cruzamento entre variáveis (características da amostra, fatores de risco e uso do álcool). Foi utilizado o teste estatístico qui-quadrado e a probabilidade menor ou igual a 10% para hipótese de ocorrência de associação entre as variáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso abusivo do álcool entre universitários é cada vez mais comum, sendo portanto, preocupante, já que eles representam os futuros trabalhadores da sociedade. Este estudo foi realizado com 47 acadêmicos concluintes de enfermagem. A caracterização sócio-demográfica, bem como, os hábitos relacionados ao uso do álcool.

Dos 47 acadêmicos regularmente matriculados no 9º semestre do curso de bacharelado em enfermagem no ano de 2012, 47 participaram do estudo. Dos participantes, 51,1% relataram que fazem uso do álcool, sendo que destes, 69,5% usam pelo menos uma vez por semana; 87,5% da amostra relatou que bebe devido à pressão que sofre por parte dos amigos, 8,3% consomem álcool como uma forma de se inserir no meio social e pertencer a um determinado grupo, e 4,2% dos usuários bebem

por sofrer pressão do companheiro para consumir a bebida. Como atividade de lazer, 45,8% afirmam sair com os amigos, seguido pelos que assistem televisão representados por 33,3% dos participantes. 12,5% relataram que participam de atividades culturais e/ou esportivas e apenas 8,3% confirmaram que frequentam bares ou festas em seu tempo livre, apontado também em outros estudos. Todos os participantes que fazem uso de bebida alcoólica relataram que nunca tiveram problemas relacionados ao uso como, envolvimento em briga, problemas na família/trabalho/faculdade ou problemas legais.

O uso do álcool é questão relevante dentro dos problemas de Saúde Pública da atualidade, estando relacionado a diversos problemas sociais, causas de adoecimento e comorbidades. Os dados no Brasil indicam que 23% dos adultos já beberam e tiveram problemas com álcool, 28% já beberam de forma abusiva, em pelo menos uma ocasião, no período de 12 meses, 20% desses bebedores apresentam frequência maior do que semanal, sendo que 20% em suas próprias residências. Os dados ainda apresentam que 3% dos brasileiros fazem uso nocivo e 9% são dependentes de bebidas alcoólicas (MORETTI-PIRES1; CORRADI-WEBSTER2, 2011).

Considerando-se que os fatores que levam à adesão ou não do uso do álcool são influenciados principalmente pelo contexto em que se inserem os estudantes. A família é de extrema importância para a iniciação, manutenção e resolução do uso de drogas entre seus membros. A família se constitui socialmente em uma unidade primordial no âmbito da construção, formação e desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, transmitindo inclusive hábitos nocivos à saúde (SELEGHIM et al., 2011).

O alcoolismo, ou a dependência ao álcool, possui um forte estigma social, assim como a maioria dos diagnósticos de transtornos mentais. E os usuários, como mecanismo de fuga desse estigma, geralmente não assumem sua condição de alcoolistas, negando o transtorno apresentado, o que dificulta a recuperação. Exigir que a pessoa reconheça seu quadro patológico implica um enfraquecimento da auto-estima e, conseqüentemente, uma condição insatisfatória para o êxito da terapêutica, sendo necessário contemplar a singularidade de cada indivíduo e suas implicações sociais por meio de estratégias que visem garantir a segurança dos envolvidos (MUSSO et al., 2008).

Tabela 1. Dados sociodemográficos e uso do álcool (N= 47), PATOS-PB, 2012.

VARIÁVEIS		USA		QUI-QUADRADO
		N	%	
SEXO	M	06	25	0,13
	F	18	75	
FAIXA ETÁRIA	21 a 30	20	83,3	0,03
	31 a 40	02	8,3	
	> 41	02	8,3	
ESTADO CIVIL	com companheiro	04	16,7	0,02
	sem companheiro	20	83,3	

RELIGIÃO	Católica	22	91,7	0,31
	Evangélica	02	8,3	
COM QUEM MORA	Amigos	07	29,2	0,32
	Família	17	70,8	
	Sozinho	00	0	
SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA	Empregado	10	41,7	0,15
	Desempregado	14	58,3	
OCUPAÇÃO	Autônomo	04	16,7	0,20
	Estudante	14	58,3	
	Funcionário Público	06	25	
	Não informado	00	00	
RENDA MENSAL	Até 03 salários mínimos	14	58,3	0,15
	Acima de 03 salários mínimos	10	41,7	
FILHOS	Nenhum	17	70,8	0,32
	01 filho	04	16,7	
	02 filhos	02	8,3	
	03 filhos	01	4,2	

Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2012.

No cruzamento uso do álcool e a variável *sexo*, percebe-se que em sua maioria os participantes são do sexo feminino (75%), da amostra apresentada que faziam uso do álcool, dado predominantemente de mulheres no curso de enfermagem, enquanto 25% da amostra foram do sexo masculino. Como é amplamente reconhecida, a profissão de enfermagem é, historicamente, constituída por um predomínio significativo de mulheres. Assim, não é de se estranhar que, durante o processo de formação acadêmica observa-se um alto índice de mulheres entre as estudantes de enfermagem (PILLON et al., 2008).

Existem algumas explicações possíveis para essa diferença de gênero relacionado ao consumo de álcool. Podemos resaltar os fatores socioculturais como sendo importantes fatores de risco para o consumo de álcool; mudanças como nas normas de consumo jovens. (CESAR, 2006). Além disso, a entrada expressiva feminina no mercado de trabalho, aumentando as oportunidades de mulheres sobre controle de natalidade e outros indicadores de igualdade de papel de gênero podem ser fatores importantes que contribuem para um estreitamento das diferenças de gênero (WOLLE et al., 2011).

Em relação à idade, o uso de álcool foi maior na faixa etária de 21 a 30 anos, (83,3% da amostra), esse dado revela um perfil bastante jovem dos estudantes consumidores de bebidas, seguido dos indivíduos na faixa etária entre 31 e 40 anos, com 8,3%. Da amostra que faz uso de álcool, 8,3% encontravam-se acima dos 40 anos. O qui-quadrado nesse cruzamento foi 0,03, indicando que existe associação entre essas variáveis.

A experiência universitária é única, pois dá aos estudantes a primeira oportunidade de ser parte de um grande grupo de

pares sem supervisão familiar. Isto os torna mais vulneráveis a tentar romances, experiências previamente proibidas e algumas vezes ilícitas. Pesquisas revelam que o álcool é a substância mais consumida pelos jovens, seguida pelo tabaco, maconha e estimulantes; o que pode representar um fator de risco para a adoção de outros comportamentos de risco à saúde, tais como beber e dirigir, atividade sexual desprotegida, violência e suicídio (PEDROSA et al., 2011).

Da amostra, 16,7%, que faz uso de álcool declararam-se com companheiro (casados e em união estável), enquanto que os sem companheiro (solteiros, divorciados e viúvos) representaram 83,3% desses indivíduos. É importante ressaltar que a análise bivariada do resultado obtido do qui-quadrado revelou um valor de 0,02, sendo significativa para este estudo. Dentre os que fazem uso de álcool, 70,8% não tem filhos, perfil bastante coerente com a média de idade dos estudantes. Corroborando com dados da literatura que apontam a dificuldade que essa população tem para manter relacionamentos, uma vez que o uso do álcool passa a reduzir as atividades com a família. Além disso, verificam-se altos índices de violência familiar entre a população usuária de drogas, o que também pode ser desencadeante de separações frequentes (SCHEFFER; PASA, 2010).

Quanto à religião, 91,7% dos participantes declararam-se católicos. Deve-se salientar que esse alto índice de católicos está relacionado também à predominância dessa população no estudo. A espiritualidade também é um aspecto que vem sendo considerado nos trabalhos com população universitária. Nesse contexto, parece funcionar, segundo sugerem alguns estudos, como fator protetor para o consumo do álcool. Existem várias razões que explicariam essa relação inversa entre religiosidade e uso de substâncias. Pessoas podem ser socializadas para se absterem ou para beberem dentro dos limites de consumo permitidos por meio da internalização das normas religiosas, as quais afetariam seu comportamento. A espiritualidade pode ser ainda, uma alternativa poderosa para construir sentidos que permitem à pessoa dar significado à vida (PILLON et al., 2008).

A análise do uso de álcool com a variável com quem mora revelou que 70,8% dos participantes que fazem uso de bebida moram com familiares, enquanto que 29,2% relataram que vivem com amigos.

É importante considerar quais são os elos sociais dos indivíduos, pois as pessoas com quem se convive podem influenciar diretamente no uso de substâncias psicoativas. Muitos estudantes universitários deixam suas famílias e mudam-se para outras cidades para estudar e buscar novas oportunidades, sendo que muitas vezes, não tem outra opção senão dividir espaços de convivência com pessoas desconhecidas, o que pode funcionar como um fator que causa sofrimento emocional.

Dos entrevistados que bebem, 58,3%, estão desempregados, 25% dos estudantes são funcionários públicos e 16,7% são autônomos.

Os universitários que estão desempregados durante a formação acadêmica confirmam tendência no acréscimo das porcentagens de estudantes que ingerem álcool de forma

esporádica e habitual. Ficando então um tempo livre para que eles procurem outros tipos de atividades. A falta de uma ocupação tem sido visto como uma variável muito importante no que diz respeito de promoção em saúde em geral. Em particular o consumo destas substâncias pode estar intimamente associado a relação de estar desempregado (NAIA; SIMOES; MATOS, 2007).

Quanto aos dados referentes à renda mensal familiar também não foi um fator significativo para o uso do álcool. Entre os universitários usuários de bebida alcoólica 58,3% tem renda mensal de até 3 salários mínimos e 41,7% recebem mais de 3 salários mínimos. Os dados deste estudo não corroboram com estudos já realizados com estudantes universitários, que revelaram que o uso de álcool e “drogas ilícitas” esteve relacionado à renda familiar mais elevada, devido à determinantes econômicos e culturais, já que esses indivíduos tem mais recursos financeiros e tem mais acesso a atividades diversificadas de cultura e lazer onde o acesso à bebida é facilitado (SILVA et al., 2006).

Com relação aos fatores de risco investigados, a análise revelou que 37,5% dos universitários que fazem uso de bebidas alcoólicas convivem com outros usuários de álcool; 4,2% relataram que estão enfrentando situações que causam sofrimento emocional, como doença ou discussões com familiares. 4,2% afirmaram que passaram recentemente por situações de rompimento (separação conjugal). Nenhum cruzamento revelou um qui-quadrado significativo.

As situações de entrada na universidade, afastamento da família, novos vínculos de amizade, participação em festas com uso de bebidas alcoólicas, entre outros, fazem parte de uma fase de mudança que pode provocar maior risco para o uso de substâncias, seja pela pressão dos amigos ou pelo sentimento de independência. Além disso, gera-se um ambiente favorável à ocorrência de comportamentos inesperados, como dirigir embriagado, fazer sexo sem proteção (MIRANDA et al., 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso prejudicial de álcool é considerado um problema de saúde pública, uma vez que seu consumo cresce de forma alarmante na população em geral. O problema torna-se mais grave entre os jovens, incluídos aqui os universitários, pois as pesquisas mostram que o consumo está iniciando cada vez mais cedo e estes representam o futuro da nossa sociedade.

Observamos que o perfil dos universitários que usam e abusam do álcool, são adultos jovens, sem companheiros, não são pessoas com baixo poder aquisitivo, que vivem diariamente situações propícias ao uso de substâncias como influências dos amigos, festas, oportunidades de namoro, e tem conhecimento sobre os malefícios que o uso abusivo do álcool produz no organismo.

Sendo a universidade um dos principais campos de formação do indivíduo, é imprescindível que a instituição formadora possa se engajar, junto à família, de forma a realizar educação em saúde, através de campanhas educativas e preventivas para que seja possível evitar ou pelo menos reduzir o consumo entre os acadêmicos, e consequentemente reduzir

os danos relacionados ao uso do álcool.

Por se tratar de um estudo transversal, os dados aqui apresentados não podem ser generalizados ou considerados permanentes para esta mesma população, uma vez que as respostas podem ser influenciadas pelo estado emocional de cada indivíduo no momento da coleta dos dados, além disso,

temos que considerar a dinamicidade dos fatores que influenciam no consumo de substâncias psicoativas. Portanto, ressaltamos a importância da realização de outros estudos epidemiológicos semelhantes a esse, em outras populações, a fim obter subsídios para a construção de uma política de combate ao uso prejudicial de substâncias psicoativas cada vez mais eficaz.

R E F E R Ê N C I A S

- BEZERRA, A. M. D. et al. Alcoolismo e suas Consequências no Meio Social. **Publicado.saúde beleza**, Outubro de 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/** Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília:Ministério da Saúde, 2004.
- CABRAL, L. R. Alcoolismo Juvenil. **Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos**, Imperatriz, MA, 2011.
- CESAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades Resultados preliminares. **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, n. 2006.
- MACIOLI, G. P. **Prevenção ao Uso de Substâncias Psicoativas nas Universidades: uma Visão Sobre Necessidade, Relevância e Possibilidades.** n 39º, São Pulo, 2008.
- MIRANDA1, F. A. N. et al. Predisposição ao uso e abuso de álcool entre estudantes de graduação em enfermagem da UFRN. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio Grande do Norte, n. , 28 nov. 2007.
- MORETTI-PIRES, Rodrigo Otavio; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Implementação de intervenções breves em casos de uso problemático de álcool na atenção primária em um contexto amazônico. **Rev. Am Latina. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 19, n. SPE, junho de 2011.
- MUSSO1, L. B. et Fatores derivados dos laboratórios intra-hospitalares que provocam estresse nos estudantes de enfermagem. al. **Rev Latino-am Enfermagem**, Chile, n. , 8 ago. 2008.
- NAIA, A. ; SIMOES, C. ; MATOS, M. G. Consumo de substancias adolescentes. **Revista Toxicodependencia**, Lisboa, n. , p.23-30, 2007.
- PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão. **J. bras. psiqatr.** V. 59 n.4. 2010
- PEDROSA, A. A. S,et al. Consumo de álcool entre estudantes universitários. **Cad. Saúde Pública.** vol. 27, n. 8, 2011
- PEUKER, A. C. FOGAÇA, J. ; BIZARRO, L. Expectativas e Beber Problemático entre Universitários1. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, n. , 2006.
- PILLON, Sandra Cristina et al. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. **Rev Esc Enferm Usp**, Minas Gerais, v, 43. n. , 14 nov. 2008.
- SCHEFFER, M; PASA, Graciela Gema. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Porto Alegre, n. , nov. 2010.
- SILVA, L. V E R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas. **Rev Saúde Pública.** v. 40 n. 2, 2006.
- SILVA, V. L. S. et al. Fatores de estresse no último ano do curso de graduação em enfermagem: percepção dos estudantes. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, n. jan. 2011.
- SELEGHIM, M. R. et al. Laços familiares de usuários de crack atendidos em um pronto-socorro psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** de Ribeirão Preto, v 19, n. 5, outubro de 2011.
- WOLLE, C. C et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 4. 2011.

Data de recebimento para publicação: 17.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 21.11.2012.

Estudo Comparativo da Percepção Sobre Síndrome de Down Entre Educadores de Uma Escola Regular X Uma Escola Excepcional¹

Comparative Study of Perception About Down Syndrome Among Educators Of A Regular School X An Exceptional Scholl

Magna Lúcia de Souza Palmeira²
Manuela Carla de Sousa Daltro³

RESUMO: A Síndrome de Down é uma alteração genética que resulta em um retardo no desenvolvimento mental e motor, ela ocorre durante ou imediatamente após a concepção e pode se caracterizar pela presença de um cromossomo a mais do autossomo 21, ocasionando assim uma das principais causas de deficiência mental de origem pré-natal. A criança com SD em um processo de inclusão terá oportunidade de desenvolver não somente aprendizagens de comportamentos acadêmicos no sentido mais restrito, mas também de desenvolver-se em muitos outros aspectos o que, muito provavelmente, contribuirá para uma transição mais segura do contexto familiar para a escola. O objetivo deste trabalho foi comparar a percepção dos educadores de uma escola regular e de uma escola excepcional a respeito da Síndrome de Down. A pesquisa foi de campo do tipo aplicada e apresentou um método qualiquantitativo. Para a realização desta pesquisa, utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário semi estruturado contendo questões abertas e fechadas, composto de uma série de perguntas, tratando de temas como a identificação do professor, noções etiológicas sobre a síndrome, o desenvolvimento intelectual e características clínicas das crianças, as dificuldades e os sentimentos dos professores sobre seu trabalho nesta área e também as suas estratégias de ensino. A amostra foi constituída por 20 professores (sendo 10 da escola regular e 10 da escola excepcional). No discurso dos vários sujeitos questionados, procurou-se captar como são percebidas e explicadas as questões pertinentes à ação educacional empreendidas com esses educandos na sala de aula regular e na excepcional, de forma mais ampla. Ao analisar os dados percebe-se uma maior preocupação dos educadores em relação a essas crianças na escola, pois os professores não se encontram preparados para lidar com a realidade da inclusão dos portadores da síndrome na escola atual. Percebeu-se porém que muito ainda precisa ser empreendido, no âmbito dos sistemas educacionais, para que o processo integrativo se desenvolva de maneira a trazer benefícios reais e duradouros aos educandos que apresentam necessidades especiais, entre eles os portadores da síndrome de down.

UNITERMOS: Percepção de educadores. Inclusão. Síndrome de Down.

ABSTRACT: *The Down Syndrome is a genetic disorder that results in a delay in mental and motor development, it occurs during or immediately after conception and can be characterized by the presence of an extra chromosome autosome of 21, thus causing a major causes of mental retardation of prenatal origin. A child with DS in a process of inclusion will have the opportunity to develop not only learning academic behaviors in the narrower sense, but also to develop into many other aspects which most likely contribute to a more secure transition to the family context school. The objective of this study was to compare the perception of educators in a regular school and a school of exceptional about Down Syndrome. The research field was applied and the type presented a method qualiquantitative. For this research, it was used as an instrument for data collection a questionnaire containing semi structured open and closed questions, composed of a series of questions, dealing with topics such as identifying the teacher, etiological notions about the syndrome, intellectual development and clinical characteristics of children, the difficulties and teachers' feelings about their work in this area and also their teaching strategies. The sample consisted of 20 teachers (10 being the regular school and 10 school exceptional). In the discourse of various subjects questioned, tried to capture how they are perceived and explained the issues relevant to educational action undertaken with these students in the regular classroom and in exceptional, more broadly. When analyzing the data we can see a major concern of educators in relation to these children in school because the teachers are not prepared to deal with the reality of inclusion of the syndrome in the current school. It was felt however that much still needs to be undertaken in the context of educational systems, so that the integration process is developed in order to bring real and lasting benefits for learners with special needs, including those with Down syndrome.*

KEYWORDS: Perception of Educators. Inclusion. Syndrome.

1. Artigo originado do trabalho de conclusão de curso de Magna Lúcia de Souza Palmeira apresentado ao curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP) em 2012.

2. Bacharel em Fisioterapia pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP. Endereço para contato: Rua Oscar Torres, 796 Santo Antônio - Patos PB. Email: magna-palmeira@bol.com.br.

3. Bacharel em Fisioterapia, Professora especialista das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down é uma alteração genética que resulta em um retardo no desenvolvimento mental e motor, ela ocorre durante ou imediatamente após a concepção e se caracteriza pela presença de um cromossomo a mais do autossomo 21, ocasionando assim uma das principais causas de deficiência mental de origem pré-natal (SIQUEIRA; MOREIRA, 2006).

As limitações motoras e cognitivas estão bem evidentes, sendo que se observa uma predominância dos déficits motores no período referente à primeira infância e uma predominância dos déficits cognitivos na idade escolar (MEZZOMO, 1999).

De acordo com Severino (1999) no Brasil, no início de século XX, ocorre o chamado “entusiasmo” pela educação e a escola passa a ser vista como redentora da humanidade. Fundamentada nos princípios emanados na Declaração Universal dos Direitos do Homem e da Declaração dos Direitos da Criança, as constituições brasileiras de 1967 e 1969 determinam educação gratuita e obrigatória, recomendando educação especializada aos excepcionais.

Nas décadas de 1960 e 1970, o atendimento educacional dos alunos com necessidades educativas especiais apresentou pequenas modificações resultantes da efetivação dos direitos como pessoas e, principalmente, pelo processo lento de democratização da educação. Pouco a pouco, por meio da atuação das organizações civis (ONG), como Sociedade Pestalozzi, a AACD (Associação de Assistência à Criança Defeituosa) e a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), a situação de pessoas com necessidades especiais conseguiu extrapolar o âmbito da saúde e tornou-se alvo de atenção no âmbito da educação principalmente (OLIVEIRA, 1996).

Finalmente, na década de 80 desenvolveram-se no Brasil correntes oriundas do movimento de integração e normatização iniciado na Europa e nos Estados Unidos que valorizaram o ser humano, pertencente ou não às “minorias”. Até o ano de 2004, o processo de incluir pessoas com necessidades educativas especiais na sociedade não estava totalmente concretizado (VOIVODIC, 2004).

Segundo Figueira (1993) é necessário que o professor esteja preparado para receber com naturalidade a criança na escola, estimular suas relações sociais e sua participação em atividades escolares, nos esportes, nas comemorações em atividades em grupo e individuais.

A criança com Síndrome de Down em um processo de inclusão terá oportunidade de desenvolver não somente aprendizagens de comportamentos acadêmicos no sentido mais restrito, mas também de desenvolver-se em muitos outros aspectos o que, muito provavelmente, contribuirá para uma transição mais segura do contexto familiar para a escola (ANGÉLICO, 2004).

A adaptação da criança ao ambiente educacional é condição necessária para que ela possa usufruir, da melhor maneira, as oportunidades de aprendizagens de novas concepções e competências (WERNECK, 1993). Com isso esse trabalho visou comparar a percepção dos educadores de uma escola regular e de uma escola excepcional a respeito da Síndrome de Down.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo aplicado, desenvolvida mediante a aplicação do método qualiquantitativo. Foi escolhida como cenário da presente pesquisa 01 escola fundamental de ensino regular e outra escola de ensino fundamental para alunos excepcionais de uma cidade do alto sertão paraibano. O período que se aplicou a pesquisa foi durante o segundo semestre de 2012, após a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética.

A população da pesquisa foi composta por professores de ensino fundamental de uma escola de ensino regular e professores de outra escola para alunos excepcionais. A amostra foi composta por 10 professores de cada escola, totalizando a amostra de 20 indivíduos. Como critérios de inclusão do estudo, foram aptos participantes de ambos os gêneros, que estavam devidamente ensinando na instituição no ensino fundamental; não terem realizado anteriormente consulta sobre o assunto e que não se recusasse a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após o parecer positivo do comitê de ética e da assinatura do Termo de Compromisso do Pesquisador, a coleta de dados foi realizada no horário de funcionamento das escolas, de forma individual e pela própria pesquisadora. O instrumento que foi utilizado para coletar os dados necessários para responder o problema inicialmente proposto consistiu em um questionário semi estruturado.

Os dados foram analisados e discutidos entre a pesquisadora e a professora orientadora. Com base nos resultados obtidos, foram analisados de forma estrutural em uma abordagem apresentada através de tabelas e gráficos, estatisticamente relevantes à luz da literatura pertinente ao tema, por meio do Microsoft Excel versão 2010; como também foi feita uma análise temática do conteúdo segundo BARDIN (2004), adequada ao estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências. O objetivo dessa análise foi compreender, criticamente, o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas.

Na codificação dos dados, foram atribuídos códigos, números e letras; cada um com um significado. Sendo “E” o código para entrevista seguido do número para codificar a questão respondida pela ordem e “F ou M” representando o gênero feminino ou masculino respectivamente, seguido do número que obedeceu a ordem dos entrevistados. Os depoimentos foram separados de acordo com as perguntas associadas à síndrome de down, viabilizando a separação desses dados em categorias analíticas agrupando as temáticas extraídas dos discursos. A partir da frequência dos núcleos temáticos dentro das categorias, iniciou-se o processo de descrição e interpretação dos resultados, estabelecendo inferências e constatações.

Como a pesquisa de levantamento envolve seres humanos, esta foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos e aceita através do protocolo nº 097/2012.

A pesquisa foi realizada seguindo todos os preceitos éticos conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de

Saúde, que disciplina a pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 10 professores de escola regular, sendo todos do gênero feminino (100%), na faixa etária de 25 a 46 anos; e 10 professores de escola excepcional, sendo 8 (80%) do gênero feminino e 2 (20%) do gênero masculino, na faixa etária de 25 a 46 anos.

Foi obtido nos resultados que em relação ao tempo de atuação no magistério dos professores da escola regular: 3 (30%) atuam a menos de 2 anos e 7 (70%) a mais de 5 anos. E da escola excepcional: 1 (10%) menos de 2 anos, 1 (10%) entre 2 e 5 anos e 8 (80%) a mais de 5 anos.

Quando os professores da escola regular foram indagados sobre o conceito da Síndrome de Down, obteve-se os seguintes resultados (TABELA 01):

Tabela 01 - Caracterização dos professores da escola regular, quanto ao conhecimento em resposta ao questionamento: "Conceitue Síndrome de Down."

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Conhecimento sobre Síndrome de Down	"É quando o ser humano nasce com o QI baixo" (E5, F1) "É uma deficiência em que a criança precisa ter atendimento especial" (E5, F2); "Deficiência de atenção" (E5, F3); "Uma síndrome com vários sintomas" (E5, F4); "É uma anomalia genética" (E5, F5); "Pessoas com dificuldades intelectuais." (E5, F6); "É uma deficiência genética" (E5, F7); "É uma criança que apresenta déficit mental, mas capaz de se relacionar com outras crianças." (E5, F8); "É uma alteração no cromossomo 21, e pode ser leve, moderado ou grave." (E5, F9); "É um conjunto de sinais, ou seja, retardo mental (E5, F10)".

Já com os professores da escola excepcional, obtiveram-se os seguintes resultados: (TABELA 02)

Tabela 02 - Caracterização dos professores da escola excepcional, quanto ao conhecimento em resposta ao questionamento: "Conceitue Síndrome de Down"

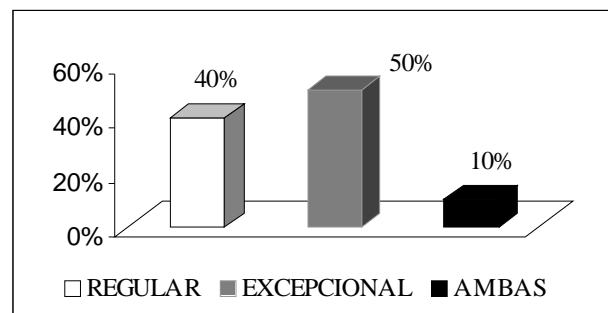
IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Conhecimento sobre Síndrome de Down	"Autismo" (E5, M1). "É uma deficiência, mas não uma doença." (E5, M2); "É uma deficiência que poucos têm," (E5, F1); "É uma anomalia genética originada da trissomia 21." (E5, F2);

"Atraso no desenvolvimento global, alteração no cromossomo 21." (E5, F3); "Não é uma doença e sim uma síndrome." (E5, F4); "É uma síndrome onde o portador tem limitações, mas também possui habilidades". (E5, F5); "É uma síndrome onde a criança tem um cromossomo a mais que as outras crianças." (E5, F6); "É um tipo de deficiência que dificulta o desenvolvimento intelectual." (E5, F7); "Deficiência causada ainda na gestação, provocando vários tipos de sintomas." (E5,F8).
--

Quando comparadas as respostas de ambas as escolas, pode-se perceber que grande parte dos professores, independentemente do tipo de escola, não sabem conceituar síndrome de Down. Uma vez que Bee (1996) define a Síndrome de Down como sendo uma anomalia genética em que todas as células contêm três cópias de cromossomo 21 ao invés de duas. Schwartzman (1999) acrescenta que a Síndrome de Down é decorrente de um erro genético presente desde o momento da concepção ou imediatamente após e que este erro ocorre de modo bastante regular na espécie humana afetando um em cada 700/900 nascidos vivos. Estas incidências são mais ou menos constantes em todas as partes do mundo e não são afetadas pela classe social, raça, credo ou clima.

Foi visto que quando perguntados sobre que tipo de escola o portador de Síndrome de Down deve frequentar: os professores de escola regular disseram que devem frequentar somente escola regular 4 professores (40%), somente escola especial 5 (50%) e tanto a especial quanto a normal, 1 professor (10%) (FIGURA 01).

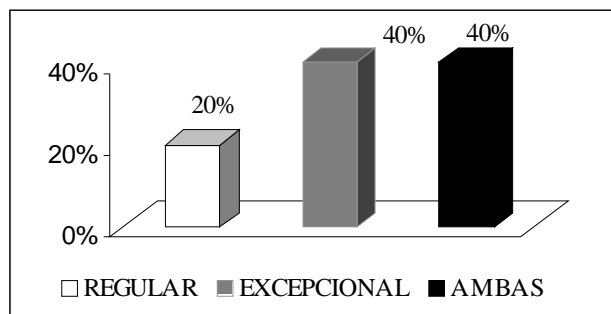
Figura 01: Gráfico do tipo de escola que o portador da Síndrome de Down deve frequentar, de acordo com professores de escola regular.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Porém, os professores da escola excepcional afirmaram que o Portador da Síndrome de Down devem frequentar somente escola regular 2 professores (20%), somente escola especial 4 (40%) e tanto a especial quanto a normal, 4 professores (40%) (FIGURA 2).

Figura 02: Gráfico do tipo de escola que o portador da Síndrome de Down deve frequentar, de acordo com professores de escola excepcional.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2012

Holden e Stewart (2002) afirmam que os alunos com necessidades especiais que estudam em uma escola regular conseguem se engajar melhor em um grupo social, quando comparadas as que estudam em classes especiais.

Buckley e Bird (1998) salientam que em pesquisas, mesmo aquelas crianças portadoras de SD que apresentavam um nível maior de dificuldade obtiveram melhoras quando incluídas na escola regular.

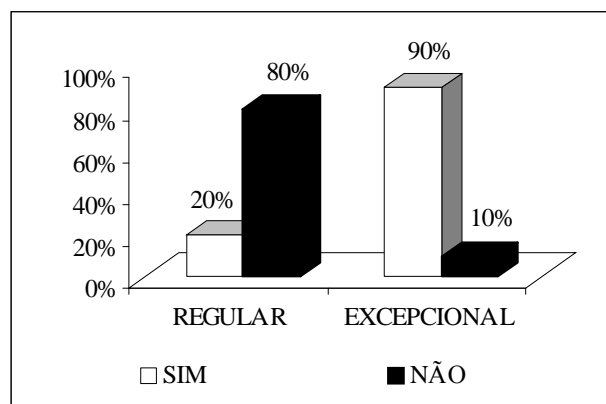
Ainda mencionando os autores supracitados, relatam que nas escolas inclusivas há maior consciência das necessidades individuais de cada criança, permitindo maior flexibilidade do seu currículo e avaliação da diversidade, além de preparar a criança para viver, brincar e para o trabalho com a sociedade. Martins (1999) afirma que tem sido percebida de forma gradativa de ensino com propósito de atender as necessidades do educando e de abandonar atitudes segregacionistas que tendem a repercutir não só no âmbito educacional, como também no âmbito social, afetivo e produtivo.

De acordo com Travassos (2012) as duas opções apresentam lados positivos e negativos. Ela explica que se de um lado a criança portadora da síndrome de Down tem muito a ganhar em termos sócios afetivos quando permanecem no ensino regular, na maioria das vezes, estas escolas têm poucas alternativas para oferecer a estes alunos na apreensão dos conteúdos em sala de aula. Em contraste, as escolas especiais que, cada vez mais são escassas, no entanto, foca-se mais no seu aprendizado formal, usando ferramentas adequadas para a

sua aprendizagem.

Quanto a lecionar para alunos com SD, somente 2 (20%) professores da escola regular tiveram essa experiência, enquanto que na escola excepcional 9 (90%) já ensinaram para alunos com essa síndrome (FIGURA 03).

Figura 03: Gráfico do percentual de professores que já tiveram alunos portador da Síndrome de Down, de acordo com as duas escolas.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Todos os professores independentemente de qual escola lecionam, tiveram a oportunidade de trabalhar com o portador de Síndrome de Down e relataram que sentiram dificuldades. Andrade (1999) relata que as dificuldades dos professores em ensinar crianças com SD, possibilitam tomadas de decisões em relação ao que precisa e ao que pode ser feito pelo ensino e; pelo fato desse ensino receber crianças com deficiências é necessário um planejamento do professor para suas ações em sala de aula, um aperfeiçoamento de técnicas que possibilitem construir um processo de aprendizagem que busque atender as necessidades de todos os que na escola estudam.

Quando indagados sobre se o portador da SD tem deficiência intelectual, os professores de escola regular: 9 professores (90%) acham que sim e 1 (10%) acha que não; enquanto que na escola excepcional 6 (60%) dizem que sim e 4 (40%) não acham que o portador da síndrome de Down apresente deficiência intelectual (FIGURA 04).

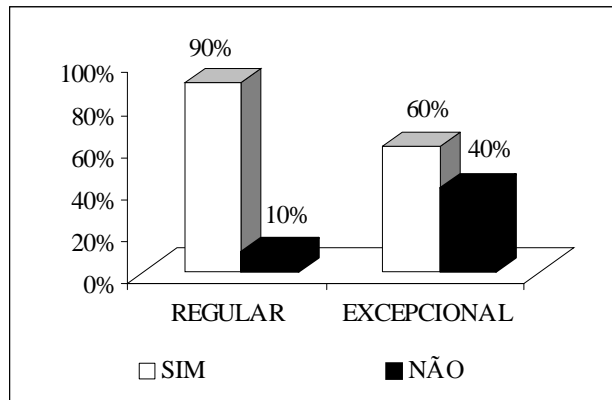
N.B.

(1) As idéias e todo o conteúdo dos artigos publicados em Temas em Saúde são de responsabilidade única e exclusiva dos autores que colaboraram com a presente edição deste veículo de comunicação. Neste sentido, o editor deixa clara sua isenção contra qualquer protesto que reclame o uso de direitos autorais patrimoniais não autorizados por seus detentores.

(2) A diagramação dos textos publicados nesta edição obedeceu a critérios relacionados ao projeto gráfico desenvolvido para a revista Temas em Saúde, o que implicou em ajustes no formato original com que os artigos foram encaminhados à nossa produção editorial. Contudo, não houve qualquer interferência para modificar, suprimir ou acrescentar elementos à expressão original desses artigos.

(3) A produção editorial de Temas em Saúde agradece aos autores que colaboraram encaminhando seus artigos para esta publicação.

Figura 04: Gráfico da opinião dos professores a respeito dos portadores de síndrome de Down ter ou não deficiência mental.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

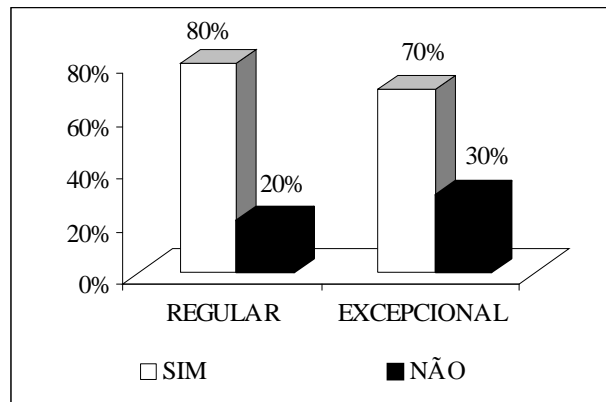
A criança com síndrome de Down tem idade cronológica diferente de idade funcional, desta forma, não devemos esperar uma resposta idêntica à resposta das “normais”, que não apresentam alterações de aprendizagem. Esta deficiência decorre de lesões cerebrais e desajustes funcionais do sistema nervoso: O fato de a criança não ter desenvolvido uma habilidade ou demonstrar conduta imatura em determinada idade, comparativamente a outras com idêntica condição genética, não significa impedimento para adquiri-la mais tarde, pois é possível que mature lentamente (SCHWARTZMAN, 1999).

O desenvolvimento cognitivo ocorre num ritmo mais lento, mas a maioria das pessoas com esta síndrome tem condições de ser alfabetizada e realizar operações lógico matemáticas. Por outro lado, as crianças com síndrome de Down podem apresentar maior dificuldade para aprender a linguagem e comunicar-se com clareza do que outras crianças com atraso de desenvolvimento. Existem várias razões para isso, entre elas, a maior frequência de perda auditiva, problemas com os movimentos motores de língua e boca, controle do uso da cavidade nasal e controle da respiração, problemas com o encadeamento de sons e palavras (PUESCHEL, 2003).

Werneck (1993) afirma que embora o potencial cognitivo das pessoas com Síndrome de Down seja mal elaborado, é impecado dizer que não sejam capazes de abstrair.

Quanto à profissionalização foi perguntado se o portador de SD tem capacidade para tal e se havia restrição para exercer algum tipo de profissão. As respostas foram as seguintes: Tanto os professores da escola regular quanto da escola excepcional responderam que sim, podem se profissionalizar. No que diz respeito às restrições, os professores de escola regular: 8 professores (80%) acham que há sim e 2 (20%) acham que não; enquanto que na escola excepcional 7 (70%) dizem que sim e 3 (30%) acham que não há restrições para exercer alguma profissão. (FIGURA 5) / (TABELA 3).

Figura 05: Gráfico com opinião dos professores a respeito dos portadores de síndrome de Down poder se profissionalizar ou não.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Tabela 03 - Principais restrições às profissões citadas pelos professores:

ESCOLA REGULAR	ESCOLA EXCEPCIONAL
Médico, eletricista, motorista, dentista.	Médico, engenheiro, pedreiro, motorista, eletricista,

Há relatos na literatura acerca de que as pessoas com deficiência queixam-se de dificuldades para usufruir os direitos assegurados pelo Decreto 3298/99. Que as pessoas com deficiência física têm menos dificuldade de conseguir trabalho do que as demais pessoas com outro tipo de deficiência. E que a inclusão social é entendida, tanto pela sociedade plural como pelo segmento das pessoas com deficiência, como inclusão no trabalho (FRANÇA, PAGLIUCA, 2003).

Ainda citando os autores acima, o mercado de trabalho empresarial absorve, seletivamente, a mão de obra dos portadores de deficiência física, em detrimento dos demais tipos de portadores, oferecendo baixa remuneração salarial e restrição a alguns direitos trabalhistas, o que faz da vida dessas pessoas uma luta constante pelas condições materiais de sobrevivência. Na opinião de Mancini et al. (2003) as alterações apresentadas por pessoas portadoras de SD podem se manifestar funcionalmente interferindo na capacidade destas, de desempenhar de forma independente diversas atividades e tarefas da rotina diária.

Outro aspecto de inteira relevância, focado no questionário foi quanto à visão que os alunos e os professores têm a respeito do portador de SD, mostrado na tabela 4.

Tabela 4 - A tabela 4 mostra como o portador da SD é visto pelos outros alunos:

ESCOLA REGULAR	ESCOLA EXCEPCIONAL
“Mongolóides.” (E11,F1); “com igualdade.” (E11, F2); “pessoas doentes” (E11, F3); “diferentes” (E11, F 4); “diferentes” (E11, F 5); “com respeito” (E11, F6); “Criança diferente” (E11, F7); “aluno normal” (E11, F8); “com preconceito” (E11, F9); “como doentes” (E11, F10).	“Doentes” (E11, M1); “Normais” (E11, M2); “doidinhos” (E11, F1); “iguais” (E11, F2); “iguais” ”(E11, F3); “iguais” (E11, F4); “normais” (E11, F5); “sem restrição” (E11, F6); “sem diferenças” (E11, F7); “iguais” (E11, F8);

Considerando as respostas dadas pelos alunos, percebe-se que ainda existe um grande desconhecimento sobre a síndrome pelos alunos da escola regular, tornando isso um motivo de preconceito com os portadores de SD.

Amaral (1986) confirma que as pessoas realmente preconceituosas nem buscam informar-se e as simplesmente desinformadas não são profundamente preconceituosas. A informação pode amenizar o preconceito, porém ele é muito arraigado e as pessoas não se despem facilmente dele, o que implicaria em mudança de valores. O desconhecimento perpetua atitudes preconceituosas, como por exemplo, generalizar características físicas e comportamentais a todos os que apresentam a síndrome, sem considerar a singularidade de cada um em sua totalidade como ser humano.

De acordo com Andrade (1999) é possível afirmar que, como um grupo, as crianças com Síndrome de Down são um dos mais discriminados nas escolas, nas quais o modelo de perfeição física e intelectual é constantemente almejado.

Na tabela 5 pode-se ver a opinião dos professores.

Tabela 5 - Como os Downs são vistos pelos professores:

ESCOLA REGULAR	ESCOLA EXCEPCIONAL
“Portadores de necessidades.” (E12, F1); “com igualdade.” (E12, F2); “pessoas que precisam ser acompanhadas” (E12, F3); “iguais” (E12, F 4); “pessoa que C” (E12, F5); “como coitadinhos” (E12, F6); “Criança que necessita mais cuidados” (E12, F7); “aluno regular” (E12, F8); “com respeito” (E12, F9); “como normal” (E12, F10).	“Normal” (E12, M1); “Normais” (E12, M2); “como qualquer outra” (E12, F1); “iguais” (E12, F2); “com amor” (E12, F3); “com direitos iguais” (E12, F4); “normais” (E12, F5); “como outra qualquer” (E12, F6); “como aluno” (E12, F7); “como normais, mas com limitações.” (E12, F8).

Pelas respostas dadas pelos professores ficou evidenciado que há uma super proteção com os alunos portadores de SD e que há certo desconforto por não saber tratar essa diferença.

Amiralian (1986) e Ribas (1985) afirmam que as atitudes assistencialistas ou de superproteção agravam ainda mais a deficiência pela limitação que impõem ao desenvolvimento. Esta prática em relação à pessoa com deficiência se faz presente em todos os segmentos da sociedade.

O mal estar que as crianças com Síndrome de Down ocasionam em certos educadores induz a uma comodidade desses, em relação à interação que precisa ser estabelecida para que aconteça a aprendizagem (OMOTE, 1980).

Baseado no mesmo autor, uma das conseqüências danosas do estigma em relação aos portadores de Síndrome de Down é a interferência sobre o trabalho que professores necessitam desenvolver para que a criança seja capaz de aprender.

Considerando a necessidade de avaliar o comportamento dos professores em relação aos seus ensinamentos para os alunos com SD, obtiveram-se as seguintes respostas: na escola regular 5 professores (50%) responderam que sim: ensinariam diferente aos alunos com síndrome de down e 5 professores (50%) responderam que não. Na escola excepcional 4 professores (40%) disseram que sim, também mudariam a maneira de ensinar e 6 professores (60%) disseram que não ensinariam diferente.

Todos os professores tanto da escola regular quanto da escola excepcional que responderam sim acreditam que o aluno especial tem que ser acompanhado mais de perto pois seu ritmo é lento e necessitam de mais segurança, conforto, confiança, para que possa crescer e aprender de maneira significativa.

Andrade (1999) acredita que vários sentimentos evidenciam-se na relação dos educadores com a criança que possui Síndrome de Down. Aprender a valorizar os aspectos individuais da criança com essa síndrome e usar as suas próprias possibilidades para que ela aprenda é uma longa caminhada e requer paciência e atenção. Dado esse contexto, primeiramente, é necessário alterar comportamentos e procedimentos de educadores que possam influenciar no desenvolvimento da aprendizagem da criança com Síndrome de Down.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo pôde-se perceber que há um grande desconhecimento por parte dos professores sobre as necessidades dos alunos com SD. Esse desconhecimento pode estar relacionado a prováveis deficiências ou distorções na formação desses profissionais no campo da educação especial. Atuar profissionalmente de forma coerente com as necessidades dos alunos significa, mais especificamente, trabalhar com as necessidades, dificuldades dos que fazem parte da instituição educacional.

Embora essa exigência afete diretamente os profissionais da educação, não isenta e tampouco minimiza a responsabilidade de profissionais de outros campos como psicólogos, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros que fazem parte da equipe interdisciplinar em se empenhar mais no processo de aprendizagem dos portadores de SD.

Assim pode estar havendo distorções em relação ao trabalho do professor, em sala de aula que podem ser determinadas pela própria dificuldade do professor em saber ensinar crianças com SD. Isso exige examinar e avaliar com

cuidado a formação dos pedagogos e de outros profissionais que atuam e que podem atuar com educação especial e o que pode ser feito nessa etapa da construção da profissão, pois as aprendizagens desenvolvidas no curso de graduação precisam

ser identificadas e caracterizadas com precisão para realizar suas possíveis modificações nos projetos de cursos de formação desses profissionais, de maneira especial que os oriente de uma forma mais esclarecedora a respeito da nova realidade.

R E F E R Ê N C I A S

- AMARAL, L. A. **Conhecendo a deficiência**: em companhia de Hércules. São Paulo: Robe, 1995.
- AMIRALIAN, M. L. T. M. **Psicologia do excepcional**. São Paulo: EPU, 1986.
- ANDRADE, I. C. F. **Exclusão e inclusão**: discutindo o processo de integração da criança portadora de Síndrome de Down na educação infantil. Florianópolis, UFSC, 1999.
- ANGÉLICO, A. P. **Estudo Descritivo do Repertório de Habilidades Sociais de Adolescentes com Síndrome de Down**. Dissertação do Programa de Pós - graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos Centro de Educação e Ciências, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições; 2004.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- BUCKLEY, S., BIRD, G. **Including children with Down syndrome**. Down Syndrome News and Update, v.1, n.1, p.5-13, 1998.
- FIGUEIRA, V.; **Educação Especial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- FRANÇA I. S. X, PAGLIUCA L. M. F, SOUSA R. A. Discurso político acadêmico e integração das pessoas com deficiência: das aparências aos sentidos. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2003.
- HOLDEN, B. ; STEWART, P. **The inclusion of students with Down syndrome in New Zealand schools**. Down Syndrome News and Update, v. 2, n.1, p. 24-28, 2002.
- MANCINI, M. C. et al. Comparação do desempenho funcional de crianças portadoras de síndrome de Down e crianças com desenvolvimento normal aos 2 e 5 anos de idade. **Arq. Neuropsiquiátrico**, v. 61, n. 2-B, [s.l], 2003, p. 409-415.
- MARTINS, L. A. R. Integração escolar do portador da Síndrome de Down: um estudo sobre a percepção dos educadores. **Rev. bras. educ. espec.** [online]. 1999, vol.03, n.05, pp. 73-85. ISSN 1413-6538.
- MEZZOMO, C. L. **A Inter-relação entre as Alterações Crânio Faciais e Miofuncionais em Portadores de Síndrome de Down**. Monografia de conclusão do curso de especialização em Motricidade Oral no centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica - Porto Alegre, 1999.
- OLIVEIRA, Z. M. R. **A criança e seu desenvolvimento**: perspectivas para se discutir o desenvolvimento infantil. São Paulo: Cortêz, 1996.
- OMOTE, S. **Reações de mães de deficientes mentais ao reconhecimento da condição dos filhos afetados**: um estudo psicológico. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 1980.
- PUESCHEL, M. SIEGFRIED. **Síndrome de Down**: Guia para pais e educadores. Tradução: Lúcia Helena Reily. Campinas, SP: Papyrus, 2003.
- RIBAS, J. B. C. **O que são pessoas deficientes**. São Paulo: Brasiliense, 1985. (Coleção primeiros passos).
- SCHWARTZAN, J. S. **Síndrome de Down**. São Paulo: Mackenzie, 1999.
- SIQUEIRA, V.; MOREIRA, V. **Síndrome de Down: Translocação Robertsoniana**. **Saúde & Ambiente em Revista**, Duque de Caxias, v.1, n.1, p.23-29, jan-jun 2006.
- SEVERINO, A. J. Prefácio In: GADOTTI, M. **História das Idéias Pedagógicas**. São Paulo: Ática, 1999, p. 11.
- TRAVASSOS, F. **Síndrome de Down**: Que tipo de escola é a melhor? Disponível em: <<http://www.guiadobebê.com.br>> Acesso em: 08/11/12.
- VOIVODIC, M. A. M. A. **Inclusão escolar de crianças com Síndrome de Down**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- WERNECK, C. **Muito Prazer Eu Existo**. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1993.

Data de recebimento para publicação: 23.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 26.11.2012.

Conhecimento de Um Grupo de Mulheres Sobre o Climatério¹

Knowledge of a Group of Women on Perimenopause

Sandra Maria Alves de Sousa Candeia²

Raquel Campos Medeiros³

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros⁴

Tarciana Sampaio da Costa⁵

RESUMO: O Climatério é uma fase caracterizada pela diminuição da função ovariana, ocorrendo queda do nível de estrogênio, a fase final da vida reprodutiva. O estudo foi de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, objetivou avaliar o conhecimento das mulheres cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde acerca do climatério. A pesquisa foi realizada em agosto de 2012, em uma UBS de Patos – PB. A população foi composta por 120 mulheres com idade entre 40 e 65 anos cadastradas na UBS, com amostra constituída por 40 mulheres que aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi feita a partir da aplicação de roteiro para entrevista contendo perguntas objetivas. Os dados foram analisados quantitativamente, apresentados através de gráficos e tabelas. Por meio da análise de dados conclui-se que: as mulheres com idade entre 40 e 49 anos representaram 50% (20) da amostra; 70% (28) das entrevistadas eram casadas; possuíam nível de instrução relativamente baixo visto que 58% (23) concluíram apenas o ensino fundamental I; a idade média de acontecimento da menarca variou entre 11 e 16 anos; percebeu-se o desconhecimento do climatério entre as mulheres, 83% (33) não conhecem esta fase; fato que pode ligar-se a falta de informações, pois 75% (30) nunca receberam informações; é papel do enfermeiro promover informações ao paciente, 84% (33) relatam que o mesmo nunca repassou nenhuma informação; todas as mulheres relatam a presença de algum sintoma ligado ao climatério, entre os quais os mais citados foram cefaléia, irritabilidade e esquecimento; tais sintomas interferem na qualidade de vida segundo 82% das entrevistadas. É necessário que os profissionais da saúde sejam mais atuantes, orientando e desenvolvendo atividades que garantam melhor qualidade de vida as mulheres que estejam atravessando esta fase.

UNITERMOS: Climatério. Conhecimento. Mulheres.

ABSTRACT: The Menopause is a stage characterized by decreased ovarian function, occurring estrogen levels fall, the final stage of reproductive life. The study was exploratory, using a quantitative approach, aimed to evaluate the knowledge of women enrolled in a Basic Health Unit about menopause. The survey was conducted in August 2012, in Vila Mariana USB, Ducks - PB. The population consisted of 120 women aged between 40 and 65 years registered at UBS, with sample of 40 women who agreed to participate by signing the consent form Free and Clear. Data collection was done from application to interview script containing objective questions; Data were analyzed quantitatively, presented through graphs and charts. Through data analysis concludes that: women aged between 40 and 49 years accounted for 50% (20) of the sample, 70% (28) of the respondents married; relatively low level of education since 58% (23) completed only elementary school, the average age of menarche of these events observed variation between 11 and 16 years, realizes the ignorance of menopause among women, 83% (33) did not know this phase; fact that you can connect the lack of information, because 75% (30) never received information; nurse's role is to promote patient information, 84% (33) reported that it never passed any information, all women reported the presence of any symptoms connected to menopause, including the most cited were headache, irritability and forgetfulness; such symptoms affect quality of life by 82% of respondents. It is necessary that health professionals are the most active, guiding and developing activities to ensure better quality of life women who are going through this phase.

KEYWORDS: Menopause. Knowledge. Women.

1. Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado no curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

2. Acadêmica do 9º período do curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Endereço: Rua professor Herly Adelino Filho, nº 14, Vila Mariana - Patos - PB. Telefone: (83) 8879-8819. Email: sandramariaalvescandeia@hotmail.com.

3. Enfermeira Mestre. Professora do curso de bacharelado em Enfermagem das FIP.

4. Enfermeira Especialista. Professora do curso de bacharelado em Enfermagem das FIP.

5. Enfermeira Mestre. Professora do curso de bacharelado em Enfermagem das FIP.

INTRODUÇÃO

O Ministério da saúde considera o climatério como um período da vida feminina caracterizado pelo esgotamento dos folículos ovarianos, tendo como resultado a baixa dos níveis de estrogênio e progesterona. Geralmente inicia-se ao redor dos 40 anos e se estende aos 65 anos de idade (BRASIL, 2008).

Algumas mulheres ancoram o climatério no sinônimo de velhice, demonstrando assim todas as significações negativas (preconceitos, mitos, medos, tabus), circulantes na sociedade brasileira, referentes a esta fase. Vivemos em um país onde até pouco tempo tinha uma população predominante jovem, envolvida no consumismo, podemos dizer que a juventude é bem valorizada por todos os meios de comunicação, onde o padrão estético é valorizado a qualquer custo. O artificialismo, as numerosas marcas de produtos de beleza cada vez mais milagrosas, clínicas de estética, academias de ginástica, regimes para emagrecimento rápido e tantos outros recursos, são utilizados como de última geração, isto tudo para retardar o envelhecimento dessa fase indesejável, tudo isto cria uma paisagem indesejável, assustadora e dolorosa para a mulher que supostamente, inicia sua trajetória de decadência e envelhecimento (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010).

Na maioria das mulheres, o climatério desencadeia sintomas vasomotores, psicológicos, urogenitais, sexuais, entre outros, derivados do hipoestrogenismo, que compromete assim a qualidade de vida. Embora a relação entre sintomas e a qualidade de vida relacionado a saúde ainda seja assunto controverso e complexo, ela tem sido tema frequente em pesquisas, porque seus resultados podem ajudar a definir condutas terapêuticas, assim como avaliar a relação custo/benefício do cuidado prestado (SILVA FILHO; COSTA, 2008).

Recomenda-se a estrogênioterapia, para o tratamento e alívio dos sintomas, conhecidos como síndrome climatérica ou menopausa (DE LORENZI et al, 2008). A terapia de reposição hormonal só deve ser usada por no máximo cinco anos, para aliviar os sintomas vasomotores ou geniturinários, o tratamento deve ser por menor tempo possível, isto depois da avaliação médica que pode avaliar risco/benefício (AMB; CFM, 2006).

Cabe a enfermagem a educação as pacientes oferecendo esclarecimentos sobre as modificações biológicas inerentes ao período do climatério, vantagens e desvantagens da terapia de reposição hormonal, bem como propiciar adequada vigilância epidemiológica às situações de risco associadas. O ideal é que cada serviço aplique metodologias de acordo com as condições de sua comunidade (BARROS, 2002).

Analisando o exposto consideramos de grande importância o conhecimento pessoal e também da população feminina acerca do tema. Devemos salientar que o tema em estudo é de grande valor para a saúde pública e qualidade de vida para as mulheres. Diante disso questionamos: Qual o conhecimento das mulheres a respeito do climatério?. Objetivamos com este estudo: Investigar o conhecimento das mulheres sobre o climatério. A escolha do tema se deu pelo fato de se falar tanto em menopausa e não climatério, e ver o sofrimento de tantas mulheres sem nenhuma informação ou tratamento nesta fase da

vida.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo exploratório, com abordagem quantitativa, a coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2012, na USF - Vila Mariana na cidade de Patos-PB. Os indivíduos da pesquisa foram mulheres, com idades entre 40 e 65 e cadastradas na referida Unidade de saúde. Participaram após assinaram o Termo Livre e Esclarecido (TCLE), A População foi constituída por cerca de 80 mulheres, das quais 40 formaram a amostra do estudo. Foram excluídas do estudo aquelas que mesmo estando na unidade não se encontram no período do climatério.

A pesquisa foi realizada mediante questionário semi estruturado, composto por perguntas objetivas que permitiram uma análise das informações em conformidade com o objetivo proposto para o estudo. A coleta de dados se deu após aprovação do comitê de ética, por meio de parecer favorável com protocolo nº: 175/2012, em um ambiente apropriado através de uma entrevista que durou em média de 20 a 30 minutos. Os dados obtidos foram analisados através da estatística descritiva, utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007 como subsídio e para apresentação dos resultados utilizou-se gráficos. O desenvolvimento da pesquisa foi norteado pela Resolução N° 196 de 10 de Setembro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que diz respeito à normatização da pesquisa em seres humanos assegurando aos participantes do estudo informações acerca dos objetivos e desenvolvimento do mesmo, o anonimato, o respeito e o sigilo em relação as informações fornecidas; a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer fase da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme entrevista realizada com 40 mulheres, com idades entre 40 e 65 anos, os dados obtidos foram distribuídos e discutidos, obtendo os seguintes resultados: quanto a faixa etária, podemos constatar que 50% (20) das mulheres entrevistadas estão com idade entre 40 e 49 anos; 35% (14) da amostra pesquisada encontra-se com idades entre 50 e 59 anos; outros 15% (6) das entrevistadas encontram-se na faixa de 60 a 65 anos de idade. Sabe-se que a maioria das mulheres inicia sua fase climatérica até chegar a menopausa, a partir dos 40 anos.

Devido ao aumento da expectativa de vida, atualmente a mulher passa uma parte significativa da sua vida no período do climatério, tendo ainda muitos anos para desfrutar de uma sexualidade plena. Segundo estimativas do DATASUS, em 2007, a população feminina brasileira totalizava mais de 98 milhões de mulheres. Nesse universo, cerca de 30 milhões têm entre 35 e 65 anos, o que significa que 32% das mulheres no Brasil estão na faixa etária em que ocorre o climatério (BRASIL, 2008).

Conforme Rocha e Rocha (2010), não existe idade pré-determinada para climatério/menopausa. Geralmente ocorre entre os 45 e 55 anos. No entanto, pode ocorrer a partir dos 40 anos sem que isso seja um problema.

Quanto ao estado civil, os dados apontaram que, 70% (28) das

participantes são casadas; 18% (7) da amostra foi composta por mulheres solteiras e 12 % (5) eram viúvas; A maioria das entrevistadas é casada o que é de relevante importância, pois ter o apoio nessa fase em especial, do companheiro, ajuda a encarar os problemas deste período.

Para Lopes e Costa (2002), o papel do companheiro nesta fase torna-se indispensável, uma vez que a mulher climatérica encontra-se mais sensível e necessitando de atenção.

No que se refere ao grau de escolaridade, vimos que 2% (1) da amostra foi composta por mulheres sem escolaridade (analfabetas); 58% (23) das entrevistadas cursaram o ensino fundamental I; 18% (7) o ensino fundamental II; 20% (8) possuem o ensino médio, e apenas 2% (1) da amostra possui o nível superior de escolaridade. Sabemos que o nível de escolaridade pode influenciar de forma positiva no entendimento das mulheres sobre determinados assuntos, entre eles, os relacionados a saúde, o que vem a interferir na compreensão de forma negativa para umas e de forma positiva para outras.

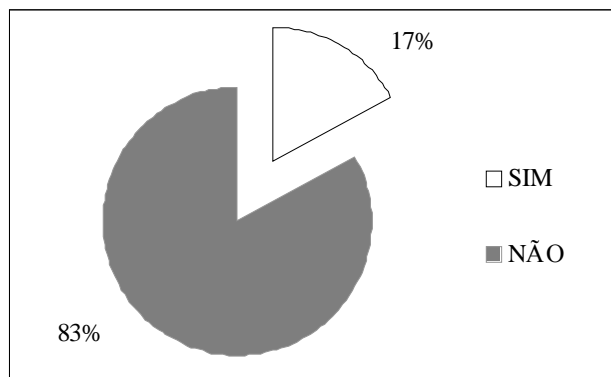
Silva (2002), cita que o nível de escolaridade é um dado marcante, pois colabora para a conscientização da mulher em seu auto cuidado ou em buscar o tratamento adequado.

No requisito menarca, os dados mostram que a idade de acontecimento deste evento foi variável entre as mulheres, da seguinte forma: 5% (2) tiveram menarca aos 10 e 17 anos; 10% (4) acontecendo aos 11 anos; 18% (7) a menarca foi aos 12 e 15 anos; 12% (5) da amostra tiveram a menarca aos 13 e 14 anos, e 20% (8) aos 16 anos.

Segundo Brasil (2008), a idade da menarca e a data da última menstruação/menopausa são importantes, além da forma como cada uma se instalou. A presença de irregularidades menstruais é comum nesta fase, necessitando de abordagem individualizada.

Segundo dados da literatura, muitas mulheres comparam sua experiência da menopausa à da adolescência. As duas compreendem um processo de adaptação, que pode ser inicialmente tumultuado. Em ambas as situações são comuns flutuações bruscas nos hormônios que podem gerar alguns sinais e sintomas, influenciando também os sentimentos, as relações e a sexualidade (BRASIL, 2008).

Gráfico 1: Relativo ao conhecimento das mulheres sobre o climatério.



Fonte: dados do pesquisador

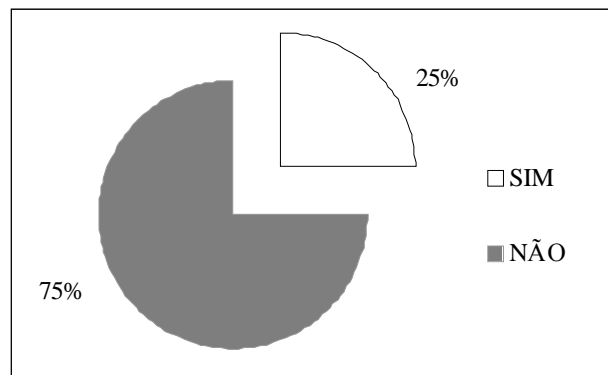
O gráfico 1, mostra os dados relativos ao conhecimento

das mulheres sobre o climatério, e foram assim distribuídos: 17% (7) da amostra afirmaram ter conhecimento sobre esta fase da vida das mulheres; já a grande maioria 83% (33) revelaram não ter nenhum conhecimento sobre o climatério. Muitas das participantes expressaram algum tipo de confusão sobre o climatério, julgando ser alguma doença que aparece nesta fase da vida, principalmente, quando os sintomas se apresentam de forma mais agressiva.

Segundo Rocha e Rocha (2010), por muito tempo, as mulheres não tinham informação sobre o climatério e em seu meio foram cultivados mitos, que levaram a uma interpretação distorcida dele e da menopausa.

De acordo com Zampieri et al., (2009), atualmente são reduzidas as informações sobre o climatério, e são poucos os profissionais que estimulam comportamentos saudáveis e promovem espaços de troca de saberes. Torna-se imperativo capacitar profissionais, integrando as ciências da saúde e as sociais.

Gráfico 2: Relativo a informações recebidas sobre o Climatério.



Fonte: dados do pesquisador

No que diz respeito ao recebimento de informações sobre o climatério, os dados expostos no gráfico 2, nos revelam que 25% (10) das mulheres entrevistadas já receberam informações relativas ao climatério; os 75% (30) restantes da amostra revelam não ter recebido informações sobre esta etapa de suas vidas. Isto leva a crer que há deficiência de informações, em especial nos serviços de saúde que prestam assistência as mulheres nessa fase da vida, gerando grande confusão no que venha a ser climatério/menopausa.

Segundo Oliveira, Jesus e Merighi (2008), estudos epidemiológicos evidenciam que as mulheres que tem acesso as informações acerca do climatério vivenciam melhor essa fase.

Berni et al, (2007), citam que, as mulheres revelam vago conhecimento sobre o climatério, estando mais claramente expressa a noção de que neste período da vida não está distante a parada da menstruação. O conhecimento do climatério é originário, muitas vezes, da experiência vividas por suas mães sobre este período. Essas mulheres acreditam que existe um fator hereditário e, portanto, o período do climatério pode ser similar ao de suas mães, podendo ser vivenciado como algo positivo ou oscilando para o negativo.

Sabemos da importância das orientações que devem ser

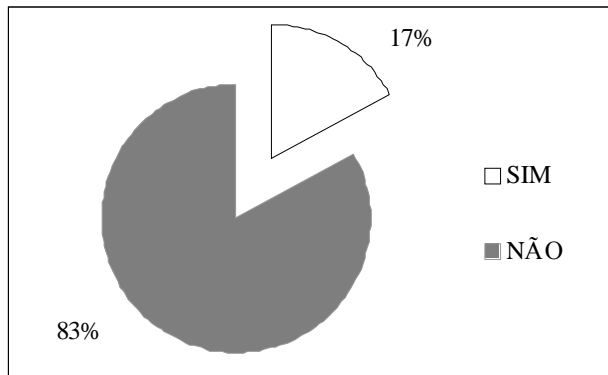
dadas pela Enfermagem e pela equipe de saúde sobre o climatério e que esta fase é negligenciada por muitos profissionais, os dados obtidos nos mostra que apenas 15% (6) das entrevistadas já receberam algum tipo de informação sobre climatério; a maioria destas 85% (34) negaram ter recebido informações sobre esta fase de suas vidas. O enfermeiro, tendo o papel principal de prestar a assistência as mulheres nesta fase da vida, deveria focar em uma assistência educativa, mediante a informações e esclarecimentos, preparando as mulheres para enfrentar e superar as modificações e transtornos vividos durante esta fase.

Conforme Rocha e Rocha (2010), a enfermagem exibe papel importante, contribuindo na identificação dos sinais e sintomas da fase do climatério e da menopausa. Além disso, é relevante a participação do enfermeiro na orientação da mulher climatérica e sua família.

Para Berni et al. (2007), o ensino das mulheres em relação ao climatério e seus corpos em modificação é uma intervenção de enfermagem. Estas necessitam, além de esclarecimentos sobre o que acontece nos corpos em mudança, de oportunidades para discutir a ambigüidade dos estereótipos culturais da mulher climatérica e suas experiências pessoais.

A implantação da atenção à saúde da mulher no climatério pressupõe a existência de profissionais de saúde capacitados e sensibilizados para as particularidades inerentes a este grupo populacional. A atenção básica é o nível de atenção a saúde adequado para atender a grande parte das necessidades de saúde das mulheres no climatério, é necessário uma rede organizada para oferecer atendimento com especialistas, quando indicado (BRASIL, 2008).

Gráfico 3: Relativo ao conhecimento da existência do Climatério e da Menopausa



Fonte: dados do pesquisador

O gráfico 3, mostra que apenas 17% (7) das mulheres entrevistadas relatam ter conhecimento sobre o climatério e/ou menopausa, e 83% (33), negaram ter ouvido falar à respeito desta fase.

Acredita-se que a falta de conhecimento sobre a diferença entre menopausa e climatério pelas participantes, estejam relacionada com a falta de orientação, pois os profissionais de saúde estão deixando a desejar no contexto da saúde da mulher. As informações sobre esta fase da vida deveriam ser repassadas e questionadas durante as consultas na atenção básica.

É imprescindível que a mulher receba informações a fim

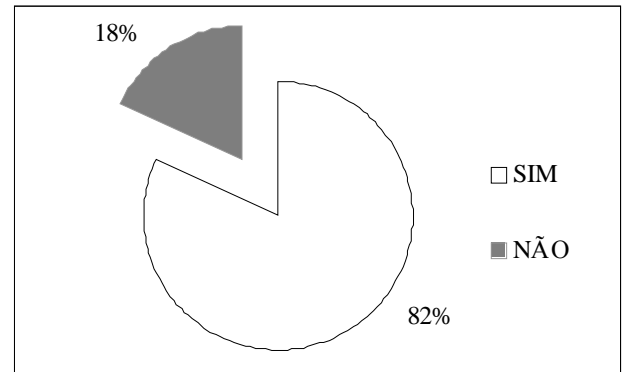
de que compreenda as determinantes de suas condições na fase do climatério (LANDERDAHL, 2002).

Conforme Rocha e Rocha (2010), apesar dos avanços dos estudos na área da saúde da mulher, ainda hoje encontramos mulheres que desconhecem e, por isso, não compreendem o climatério e a menopausa como uma das fases vivenciadas pelas mulheres, acarretando sofrimento e uma vida sem qualidade, na maioria das vezes.

Cada mulher vivencia seu climatério de acordo com sua singularidade. É possível que ocorram sintomas como: distúrbios vasomotores, cefaléia, ansiedade, depressão, fadiga, insônia, diminuição da libido, entre outros, que muitas vezes são os primeiros a surgir. Também as alterações hormonais podem trazer algum desconforto para as mulheres ante o imprevisível, diminuir sua capacidade produtiva, determinar disfunções em seu ritmo de sono-vigília, predispor-las à fadiga e irritabilidade, e expô-las a respostas de ampla labilidade emocional. Os profissionais de saúde podem apoiar a mulher ajudando-a a encarar essa fase com mais tranqüilidade e a vislumbrar novas possibilidades (BRASIL, 2008).

O gráfico 4, referente as alterações na qualidade de vida das mulheres no climatério, revela o seguinte quadro: 82% (33) já sentem ou sentiram essas alterações, sejam elas físicas ou psicológicas; apenas 18% (7) da amostra negaram ter sentido nenhuma alteração na sua qualidade de vida. É comum que as mulheres sintam nessa fase alterações que interfiram em diversos aspectos da sua qualidade de vida, visto que os sintomas característicos do climatério desencadeiam diversas mudanças físicas, hormonais e de humor.

Gráfico 4: Relativo as alterações na qualidade de vida durante a fase climatérica.



Fonte: dados do pesquisador

De acordo com Silva Filho e Costa (2008), a predominância da má qualidade de vida pareceu estar mais relacionada aos aspectos físicos e estado geral do componente físico, assim como a vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental, do componente mental.

Conforme Freitas, Silva e Silva (2004), atualmente a questão principal para as mulheres, no período do climatério, está na qualidade de vida. Muitas destas sofrem no período do climatério e o consideram crítico. A maior parte das queixas femininas não se refere à perda da capacidade reprodutiva consumada com a menopausa, mas ao enfrentamento do próprio

envelhecimento, aos problemas de saúde e financeiros, ao nível de satisfação com a vivência da sexualidade junto ao companheiro e aos desajustes familiares.

Segundo Santos et al, (2007), as alterações que influem na qualidade de vida e levam a mulher climatérica à insegurança, e ressaltam a importância do profissional de saúde na orientação destas pacientes, restaurando seu equilíbrio físico e psíquico e reintegrando-as ao seu contexto social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo-se que o climatério é uma fase da vida da mulher, na qual ocorrem várias alterações, levando-as ao fim do período reprodutivo marcado pela menopausa, as mulheres ainda convivem e passam por situações desagradáveis e constrangedoras, nota-se que quanto menor é o nível de escolaridade e condições socioculturais, bem maior é também a falta de esclarecimento, isto revela que poucas delas sabem a diferença entre climatério e menopausa, que quando o ciclo menstrual está falhando e/ou desregulado, já o consideram

menopausa; outras encontram dificuldades nos serviços de saúde, tanto por falta de profissionais para fazer o atendimento, falta de acolhimento e de soluções para seus problemas.

É bem evidente que as mulheres não têm tanto conhecimento sobre o climatério, devido a falta de atividades educativas, pelo enfermeiro da unidade que deixa de prestar orientações sobre esta fase, onde ocorrem diversas alterações na vida da mulher. Em meio as respostas obtidas no estudo percebe-se a carência que as mulheres têm quando falam dos sintomas que sentem e pensam ser as mais diversas patologias, na maioria dos casos interferindo na sua qualidade de vida.

É preciso investir mais em educação e orientações adequadas, a fim de ajudar as mulheres a superar as alterações desagradáveis que venham a ocorrer no período climatérico. Esperamos que este estudo mostre aos profissionais de saúde a grande necessidade de explorar este assunto e de adquirir mais conhecimentos que possam levá-los a atender a clientela, amenizando dessa forma seus problemas e assim buscando melhores soluções para uma melhor qualidade de vida.

R E F E R Ê N C I A S

- Associação Médica Brasileira - AMB; Conselho Federal de Medicina - CFM. **Atenção primária e Terapia de reposição hormonal no climatério**. Autoria: Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes: 27 de Junho 2006. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php>. Acesso em: 23 março 2012. BARROS, S. M. O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**: guia para prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002.
- BERNI, N. I. O. et al. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 3, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- DE LORENZI, D. R. S. Avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 30, n. 3, 2008.
- FREITAS, K. M.; SILVA, A. R. V.; SILVA, R. M. Mulheres vivenciando o climatério. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 1, 2004.
- LANDERDAHL, M. C. **Mulher climatérica**: uma abordagem necessária ao nível da atenção básica. **Nursing**, v. 47, n. 2, 2002.
- LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G. **Construindo o conceito do climatério**. In: LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G. Fios que tecem malhas da história e da vida das mulheres. João Pessoa: Ideia, 2002.
- OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto e Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 17, n. 3, 2008.
- ROCHA, M.D.H.A; ROCHA, P.A. Do climatério à menopausa. **Revista Científica do Itpac**, v. 3, n. 1, 2010
- SANTOS, L. M. et al. Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. **Revista APS**, v.10, n.1, 2007.
- SILVA, A. R. V. **Sexualidade no Climatério**: vivências e sentimentos da mulher. Dissertação de mestrado. Fortaleza: UFC, 2002.
- SILVA FILHO E. A.; COSTA, A. M. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 3, 2008.
- VALENÇA, C. N.; NASCIMENTO FILHO J.M.; GERMANO, R.M. Mulher no Climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.2, 2010.
- ZAMPIERI, M. F. M. et al. O Processo de viver e ser saudável das mulheres no Climatério. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, 2009.

Data de recebimento para publicação: 23.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 26.11.2012.

Incidência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação Numa Maternidade do Sertão Paraibano

Impact of Disease Preeclampsia in The Motherhood Hinterlands Paraibano

Iahla Estrela Batista¹
Renée Almeida Barbosa²
Albert Eduardo Silva Martins³

RESUMO: A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna. O presente estudo objetivou investigar a doença a partir dos dados documentais das pacientes. Trata-se de um estudo do tipo descritivo retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa e foi realizada na maternidade Dr Peregrino Filho, no município de Patos-PB, no período de setembro de 2012. O estudo foi constituída por gestantes com diagnóstico de DHEG, e a amostra composta por 100 prontuários de portadoras da doença. Os resultados do estudo evidenciam que a maioria das gestantes diagnósticos com DHEG, apresentaram idade (41%) possui 19 e 25 anos, (91%) estavam entre 36 a 40 semanas de gestação, (60%) foram acometidas de pré-eclampsia. Então pode-se concluir que o estudo possibilitou conhecer o numero de novos casos, formas clinicas da doença ocorridos no ano de 2012.

UNITERMOS: Eclâmpsia. Gestação. Maternidade.

ABSTRACT: *A specific hypertensive disease of pregnancy (HDP) is a major cause of maternal morbidity and mortality. The present study aimed to investigate the disease from documentary data of patients. This is a descriptive study and a retrospective documentary with a quantitative approach and was carried out in maternity Dr Pilgrim Son in the city of Patos-PB, between October and November 2012. The study consisted of all medical records of pregnant women diagnosed with preeclampsia, and the sample of 100 charts of carrying the disease. The study results show that the majority of pregnant women diagnosed with preeclampsia, were aged between 19 and 25 years (41%) were between 36 to 40 weeks of gestation (91%) were affected by preeclampsia (60%). It can be concluded that the study helped understand the number of new cases, clinical forms of the disease occurred in 2011.*

KEYWORDS: *Eclampsia. Gestation. Maternity*

1. Artigo extraído do Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP, para obtenção do título de bacharel.

2. Concluinte do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.
de Patos - FIP. Yara-mabe2011@hotmail.com.

3. Enfermeira. Mestranda em Ciências da saúde. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. mercialafi@hotmail.com.

4. Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. thoyamanadja@hotmail.com.

Fisioterapeuta. Mestre em Decisão em Saúde. Docente das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Lavosier.medeiros@iepb.edu.br.

INTRODUÇÃO

Normalmente, na maioria das gestações a evolução se dá sem intercorrências. Entretanto há uma parcela de gestantes que apresentam determinadas características ou sofrem de alguma doença, que colocam em risco a saúde da mãe e do concepto. Entre as doenças maternas que ocorrem no período gravídico, a hipertensão induzida pela gravidez é a que mais provoca efeitos nocivos no organismo materno e fetal (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008).

A doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é uma doença multissistêmica ocorrendo habitualmente no final da prenhez, na sua forma pura caracteriza-se pelo aparecimento em grávida normatensa, após a vigésima semana de gestação, da tríade sintomática: hipertensão, proteinúria e edema (DUSSE; VEIRA; CARVALHO, 2003).

A pretensão de obter dados sobre a incidência da DHEG em um município paraibano surgiu durante as aulas de Saúde da Mulher e Obstétrica onde foram abordados alguns dados da doença.

A principal causa de morbimortalidade materna e fetal são as complicações hipertensivas. Os distúrbios hipertensivos da gestação incidem 7,5% das gestantes brasileiras. A Organização Mundial de Saúde - OMS define morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez (LAURENTE; JORGE; GOTLIEB, 2004; FREITAS, 2007).

A partir daí surgiu, à necessidade de analisar o perfil epidemiológico dessa patologia diante de um relevante problema de saúde pública e questionar: Qual o número de casos da doença ocorridos no ano de 2011, numa maternidade do sertão paraibano?

Desta forma espera-se que esta pesquisa venha contribuir de forma significativa para estudos relacionados à DHEG, para profissionais que atuam em maternidades e acadêmicos da área da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva e documental, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Maternidade Dr. Peregrino Filho, localizada na Rua: Elias Asfora S/N, bairro: Jardim Guanabara - Patos-PB.

A população do estudo foi composta por 3072 prontuários no referido serviço no ano de 2011, destes 1.429 foram partos cesáreos e 1.643 partos normais, porém na amostra evidenciou o número de casos das formas clínicas de DHEG, apenas nos partos cesáreo 1.429, foram visto todos os prontuários por meses, destes, selecionados apenas 106 casos com as formas clínicas do estudo, e apenas 100 prontuários respeitaram os critérios de inclusão.

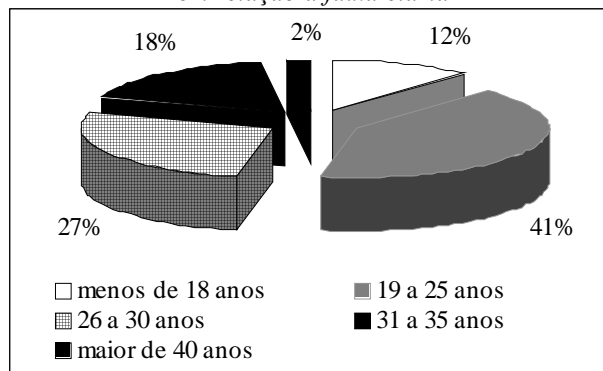
O instrumento para a coleta de dados foi uma ficha de registro (APÊNDICE C) previamente elaborado, contendo perguntas objetivas. Inicialmente foi contatado o responsável do referido hospital para permitir a autorização para a coleta dos dados (APÊNDICE A), onde foi apresentando o Termo do

Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE B). Em seguida, os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2012 pelo próprio pesquisador no ambiente hospitalar, respeitando a normas da instituição hospitalar como também os aspectos éticos que norteiam as pesquisas científicas em nosso país. A partir do aval das instituições envolvidas, iniciou-se a coleta de dados que foi realizada por meio de revisão retrospectiva dos 3072 prontuários das pacientes atendida no ano de 2011. Foi submetido à aprovação do Comitê de Ética tendo como protocolo 219/2012. Foram respeitados todos os aspectos éticos da resolução N° 196/96 (Diretrizes e Normas da Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos.

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 há 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

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra em relação a faixa etária



O gráfico 1, demonstra que 41% (41) mulheres possui entre 19 a 25 anos, 27% (27) 26 a 30 anos, 18% (18) 31 a 35 anos, 12% (12) menos de 18 anos, 2% (2) mais de 40 anos.

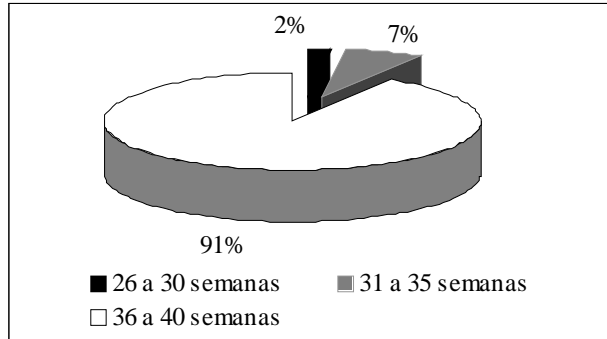
A hipertensão arterial (HA) é uma doença considerada problema de saúde pública pelo seu elevado custo médico-social. A prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. Nas mulheres em idade procriativa a prevalência vai de 0,6 a 2,0%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6 a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos. Diferente dos países desenvolvidos, a HA na gestação permanece a primeira causa de morte materna direta no Brasil (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

No que se refere a faixa etária das pacientes atendidas, observamos que os resultados não são compatíveis a outros estudos realizados no Brasil. Portanto a faixa etária que predominou diverge com a literatura, pois foi mais representativa entre 19 e 25 anos (41%).

A incidência da DHEG é apresentada, como sendo

merecedora de maiores investigações, em vista a multiplicidade de fatores que podem predispor a mulher gestante a desenvolver a doença. Entre eles destacam-se: paridade, gemelaridade; nível sócio-econômico, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde e estado nutricional, entre os outros (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

Gráfico 2 - Distribuição Percentual da amostra em relação a semanas de gestação



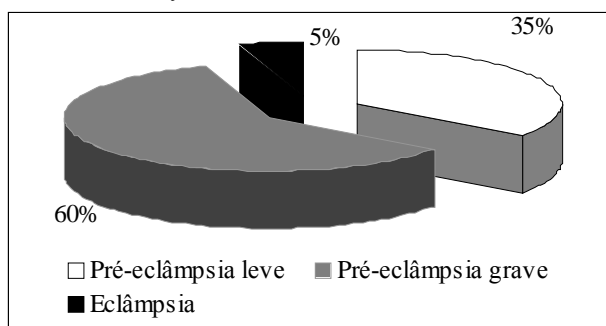
O gráfico 1, demonstra que 41% (41) mulheres possui entre 19 a 25 anos, 27% (27) 26 a 30 anos, 18% (18) 31 a 35 anos, 12% (12) menos de 18 anos, 2 % (2) mais de 40 anos.

A hipertensão arterial (HA) é uma doença considerada problema de saúde pública pelo seu elevado custo médico-social. A prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. Nas mulheres em idade procriativa a prevalência vai de 0,6 a 2,0%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6 a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos. Diferente dos países desenvolvidos, a HA na gestação permanece a primeira causa de morte materna direta no Brasil (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

No que se refere a faixa etária das pacientes atendidas, observamos que os resultados não são compatíveis a outros estudos realizados no Brasil. Portanto a faixa etária que predominou diverge com a literatura, pois foi mais representativa entre 19 e 25 anos (41%).

A incidência da DHEG é apresentada, como sendo merecedora de maiores investigações, em vista a multiplicidade de fatores que podem predispor a mulher gestante a desenvolver a doença. Entre eles destacam-se: paridade, gemelaridade; nível sócio-econômico, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde e estado nutricional, entre os outros (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra sobre as formas clínicas da DHEG



Conforme o Gráfico 3, em relação ao dado formas clínicas verifica-se que 60% (60) relata ter sido acometida por pré-eclâmpsia grave, 35% (35) pré-eclâmpsia leve, e apenas 5% (5) eclâmpsia.

O estudo demonstrou que a pré-eclâmpsia continua sendo entre as síndromes hipertensivas a que mais acomete as mulheres no período gestacional. O que leva a graves repercussões maternas e fetais.

Mesmo com todo o conhecimento científico acumulado nos últimos anos, a pré-eclâmpsia continua sendo uma síndrome que leva a graves repercussões maternas e fetais, conhecendo-se muito pouco a respeito de sua etiologia. Várias teorias foram propostas na tentativa de compreender o quadro clínico. Alguns estudos sugeriram a existência de aspectos imunogenéticos com possível implicação do gene da síntese do óxido nítrico e do sistema HLA (Human Leucocyte Antigens), considerados marcos iniciais no processo fisiopatológico. Outro ponto importante é que esses fatores, juntamente com o endotélio, poderiam ser influenciados pelas grandes modificações gestacionais, como a ativação da cascata inflamatória normal na gravidez (NORONHA NETO; SOUZA; AMORIM, 2010).

A pré-eclâmpsia grave ocorre quando a gestante apresentar um ou mais dos sintomas a seguir e quando a PA for igual ou maior que 160 x 110mmHg. Proteinúria \geq 5g /24 horas; Oligúria; Sinais de insuficiência cardíaca incipiente; Sinais premonitórios de eclâmpsia (cefaléia, escotomas áreas sem visão), dor no hipocôndrio direito e confusão mental); Síndrome HELLP (FRANCO, 2008).

A eclâmpsia é definida como o surgimento de convulsão em portadora de HG ou PE. A maioria das convulsões eclâmpicas ocorrem antes do parto (67%) e, entre as que ocorrem após o parto, cerca de 79% surgem depois de 48 horas (3-14 dias). É fundamental que as pacientes com PE sejam orientadas sobre a possibilidade desta complicação tardia na alta hospitalar. Elas devem ter a capacidade de reconhecer os sinais premonitórios (se presentes) e procurar recurso especializado com a maior brevidade possível (FREIRE; TEODOLDI, 2009).

Pascaol (2010) afirma que a síndrome de Help é uma complicação da pré-eclâmpsia de alta morbi-mortalidade que se apresenta com: Elevação de enzimas hepáticas, Trombocitopenia (plaquetas abaixo de 100.000/ m3), Anemia hemolítica microangiopática e Crescimento intra-uterino retardado.

CONCLUSÃO

É importante o acompanhamento adequado da gestante na realização correta da assistência ao pré-natal, assim como a identificação precoce de alguma alteração no que se refere aos níveis pressóricos das gestantes, uma vez que sendo diagnosticado de imediato pode ter intervenções adequadas no período da gravidez, assim no parto e no período puerperal de forma satisfatória.

Portanto, vimos no decorrer do estudo que a incidência da DHEG vem aumentando cada vez, a morbi-mortalidade. Esperamos com esta pesquisa mostrar dados de grande relevância para profissionais da área de saúde, bem como para estudos que trabalhem a mesma temática.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**. Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24 p.
- CHAIM, S.R.P.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; KIMURA, A.F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo vol.21, n.1, 2008.
- DUSSE, M.S.A.; VIEIRA, L.M.; CARVALHO M.G. Avaliação do dímero D (D-Di) na doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). **Jornal Bras. de Patologia**. Rio de Janeiro, v. 39, no. 3, 2003
- FRANCO, Denise Reis. A hipótese do pólo comum entre a pré-eclâmpsia e o diabetes gestacional. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 6, Aug. 2008.
- FREIRE, C.M.V.; TEDOLDI, C.L. **Hipertensão arterial na gestação**. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, vol.93, no.6, 2009.
- FREITAS, F.; [et al.]. **Rotinas em obstetrícia**. 5 ed.- Porto Alegre: Artmed, 2006.
- GONÇALVES, R.; FERNANDES, R.A. Q.; SOBRAL, D. H. **Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo**. Rev. Bras. Enferm. São Paulo, vol.58, no.1, 2005.
- NORONHA NETO, C; SOUZA, Alex Sandro Rolland de; AMORIM, Melania Maria Ramos. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, Sept. 2010.
- PASCAOL, I. F. pré-eclâmpsia: mecanismos fisiopatológicos e suas implicações terapêuticas. **Revista Brasileira de enfermagem**. v. 34, n. 5, 2010.

Data de recebimento para publicação: 23.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 26.11.2012.

Revista:

temas em
saúde

Processo Inflamatório da Osteomielite

Inflammatory Process of Osteomyelitis

Betânia Xavier Dantas de Oliveira Batista¹
Maria Josinete do Nascimento Toscano Moura²

RESUMO: A Osteomielite é causada por uma infecção bacteriana ou fúngica, podendo permanecer localizada ou difundir-se, comprometendo a medula, parte da cervical esponjosa e o periósteo. A Osteomielite é um processo inflamatório agudo ou crônico do tecido ósseo, produzido por bactérias piogênicas, isto é, produtoras de pus. A bactéria responsável varia de acordo com a idade do paciente e o mecanismo da infecção. Para obter a satisfação de cada paciente é necessária a avaliação em particular do mesmo, na qual o enfermeiro emprega a técnica do exame físico que se caracteriza pela entrevista, inspeção, palpação, ausculta e percussão além da investigação de exames laboratoriais buscando identificar as necessidades individuais e básicas de cada paciente, para posteriormente planejar a assistência de enfermagem. Às vezes, esse tipo de infecção passa despercebido durante muito tempo, não produzindo sintomas durante meses ou anos. Mais comumente, a osteomielite crônica causa dor óssea, infecções recorrentes de tecidos moles localizados sobre o osso e uma secreção purulenta constante ou intermitente através da pele. Assim, o presente estudo tem como objetivo refletir acerca dos aspectos conceituais, epidemiológicos e tratamento da osteomielite, sob a perspectiva do cuidar em enfermagem.

UNITERMOS: Osteomielite. Inflamação. Cuidado de Enfermagem.

ABSTRACT: *Osteomyelitis is caused by a bacterial or fungal infection, and may remain localized or diffuse, compromising the marrow, the spongy cervical and the periosteum. Osteomyelitis is an acute or chronic inflammation of the bone tissue, produced by Pyogenic, i.e. producing pus. The bacteria responsible varies according to the patient's age and the mechanism of infection. To obtain the satisfaction of each patient is required to evaluate in particular thereof, where the nurse employs the technique of physical examination that is characterized by the interview, inspection, palpation, auscultation and percussion in addition to the investigation of laboratory investigations seeking to identify the individual and basic needs of each patient, to further develop the nursing care. Sometimes, this type of infection goes unnoticed for a long time, not producing symptoms for months or years. More commonly, chronic osteomyelitis causes bone pain, recurrent infections of soft tissue located on the bone and constant or intermittent pus draining through the skin. To obtain the satisfaction of each customer is required to evaluate in particular thereof, as a whole, which has unique needs, thereby is employed the technique of physical examination that is characterized by observation, inspection, interrogation and execution of laboratory tests. According to the above data the present work has as objective to describe the nursing care to help rehabilitate the patient their social reality.*

KEYWORDS: *Osteomyelitis. Inflammation. Nursing Care.*

1. Graduada em Enfermagem pelo Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Email: betania10xavier@gmail.com.

2. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Nova Esperança – FACENE. Email: njosinete@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A osteomielite consiste em princípio de inflamação óssea, decorrente do desenvolvimento de bioagentes patogênicos, podendo ser aguda ou crônica, caso a infecção se prolongue por longo espaço temporal e adquira características de doença crônica. Independente do quadro que se instale como doença aguda ou crônica, a dor intensa se faz presente provocando limitação de movimentos. Além disso, essa infecção pode permanecer localizada em determinada parte óssea ou difundir-se, comprometendo outras regiões do corpo, causando bastante sofrimento à pessoa dela acometida.

Esse quadro de dor, sofrimento e limitações implica atenção individualizada por parte do profissional de saúde responsável pelo respectivo atendimento, cujos cuidados de enfermagem contemplam o controle da dor, orientação, apoio e ajuda para promover bem estar e satisfação da pessoa que está sendo cuidada. Essa ação de cuidar exige conhecimento científico específico, dedicação para identificar necessidades de cuidados e compromisso com o desempenho da assistência, que deve ser individualizada e específica para cada caso.

Para conseguir a satisfação de cada cliente é indispensável que o profissional faça a avaliação em particular e como um todo do mesmo, que possui necessidades únicas e especiais. Essa avaliação deve ser feita empregando a técnica do exame físico que se caracteriza pela observação, inspeção, interrogação, escuta e realização de exames laboratoriais na busca de descobrir necessidades de planejamento e execução de cuidados.

Ressalte-se que a necessidade de prestar cuidados por parte do profissional de enfermagem no contexto da osteomielite é relativa à capacidade de auto cuidado por parte da pessoa com esse diagnóstico. Essa relatividade é medida pela capacidade de realizar cuidados de higiene pessoal, pelo conhecimento específico que a mesma detenha acerca desse tipo de infecção e de seu estado geral de saúde. O desenvolvimento da pesquisa teve como objetivo refletir acerca dos aspectos conceituais, epidemiológicos e tratamento da osteomielite, sob a perspectiva do cuidar em enfermagem.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente estudo consiste de uma pesquisa bibliográfica, que se caracteriza “pelo levantamento de dados a partir de material já publicado acerca do tema como: livros, artigos, periódicos” (GIL, 2002, p. 48). Foi desenvolvida mediante uma abordagem descritiva, que “tem como objetivo primordial a situação das características de determinada população ou fenômeno ou, então o estabelecimento das relações entre variáveis” (GIL, 2002, p. 46).

A pesquisa teve como fontes secundárias de informações artigos publicados em periódicos da área da saúde, livros e outras produções científicas de diversos autores da área, que apresentaram contribuições ao método de busca por explicações e desenvolvimento do tema em estudo. e analisá-lo comparativamente ao contexto em que se procurou evidenciar.

SIGNIFICADO E CARACTERÍSTICAS DA OSTEOMIELE

A osteomielite é definida como uma infecção no osso, que muitas vezes se origina em outro local do corpo, disseminando-se para os ossos por meio do sangue. O osso pode estar predisposto à infecção em razão de pequenos traumas recentes que causam coágulos sanguíneos. Nas crianças, são afetados com maior frequência os ossos longos, enquanto que nos adultos, são mais afetadas as vértebras e a pélvis. Os responsáveis pela infecção podem ser as bactérias ou os fungos. O pus produzido pelo osso pode causar um abscesso ósseo, que por sua vez pode privá-lo da irrigação sanguínea (SMELTZER *et al.*, 2000).

A osteomielite é originariamente uma infecção aguda; porém quando persiste, torna-se uma doença crônica, sendo que nessa fase possui quadro de baixo grau de virulência. As repetidas recrudescências provêm de um processo agudo. Um tipo de infecção hematogênica (do sangue), ao apresentar-se num organismo de baixa resistência, por certo pode vir a tornar-se crônica (CTOOR, 2012). Em outros termos, a osteomielite crônica decorre de uma fase aguda da infecção, e para que isto aconteça deve existir um meio de contiguidade. Este meio pode configurar-se por uma úlcera crônica de membros inferiores, por uma fratura exposta ou aberta eventualmente negligenciada no tratamento específico. A osteomielite aguda é de tratamento relativamente fácil, uma vez que ainda não se formou caverna avascular, ou uma região de sequestro ósseo. A partir desse estágio o prognóstico tende a ficar mais sombrio (CTOOR, 2012).

Tanto a osteomielite como as artrites sépticas causam destruição irreversível nos tecidos e seqüela devastadora sobre os ossos e as articulações, muitas vezes difíceis ou impossíveis de serem tratadas. Classificam-se em: Osteomielite hematogênica aguda; osteomielite pós-traumática; osteomielite crônica; Abscesso de Brodie (FAUSTO, 2011).

FISIOPATOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O staphylococcus aureus provoca de 70 a 80% das infecções ósseas. Os demais organismos patogênicos frequentemente encontrados na osteomielite incluem espécies de proteus, pseudomonas e escherichia coli. Oportuno se faz enfatizar que a incidência de infecções anaeróbicas, penicilino-resistentes, hospitalares e gram-negativas vem crescendo significativamente nos últimos tempos. A resposta inicial da infecção é a inflamação, com vascularidade aumentada e presença de edema. Depois de passado um período de dois a três dias, ocorre trombose nos vasos sanguíneos da área afetada, resultando em isquemia com necrose óssea. Embora a cura pareça ocorrer, um sequestro cronicamente infectado permanece e produz abscessos recorrentes durante toda a vida do paciente (SMELTZER; BARE, 2000).

Quando a infecção é transmitida pelo sangue, o início é comumente súbito, ocorrendo manifestações de septicemia, evidenciando-se calafrios, febre alta, pulso rápido, indisposição geral. Os sistemas podem obscurecer os sinais locais. À medida que a infecção se estende através do córtex do osso, ela envolve o perióstio e os tecidos moles. A área infectada torna-se dolorosa,

edemaciada e muito sensível. Geralmente o paciente relata dor pulsátil constante, que se intensifica com o movimento em consequência da pressão provocada pela coleção de pus. Além da dor referida pelo paciente, podem ser observados os seguintes sintomas: Enrubescimento pela hiperemia; Tumefação pela infiltração celular; Exsudação de líquido tissular; Perda da função pela dor; Derrame articular simpático; Hematogênica; Ferida penetrante; Fratura exposta; Infecções cutâneas e IVAS; Tuberculosa; Doenças sistêmicas (leucemia, agamaglobulinemia, anemia falciforme); Micoses (blastomicose, aspergilose, actinomicose). (SMELTZER; BARE, 2000)

DIAGNÓSTICO

Eminentemente clínico, o diagnóstico pode ser feito a partir da presença de dor aguda, tumefação, enrubescimento e calor em área metafisária da extremidade de uma criança, sugere a presença de uma osteolite hematogênica até prova em contrário. Essa pode decorrer de uma infecção: primária ou secundária a uma osteolite; Metáfises intra articulares (quadril, ombro e cotovelo); Ordem de frequência: quadril e joelho; Condrolise (ação de enzimas leucocitárias e bacterianas); Necrose óssea avascular (obstrução vascular metafisária); Luxação (pela formação de pus); Punção articular; Imobilização gessada

Os sintomas e os achados do exame físico podem sugerir a osteomielite. A área infectada quase sempre apresenta um aspecto anormal na cintilografia óssea (cintilografia com radionuclídeo utilizando o tecnécio), exceto em lactentes. No entanto, nas radiografias, ela pode ser detectada somente após três semanas depois da manifestação dos primeiros sintomas. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) também podem identificar a área infectada. Entretanto, esses testes nem sempre diferenciam as infecções de outros distúrbios nos ossos. Para diagnosticar uma infecção óssea e identificar as bactérias causadoras, pode ser realizada a coleta de amostras de sangue, de pus, de líquido sinovial ou do próprio osso. No caso de uma infecção vertebral, normalmente são removidas amostras de tecido ósseo com o auxílio de uma agulha ou durante a cirurgia (SMELTZER; BARE, 2000).

Geralmente, os ossos são bem protegidos contra infecções, mas podem ser infectados através de três vias: pela corrente sanguínea, pela invasão direta de um bioagente patogênico e por infecções de tecidos moles adjacentes. A corrente sanguínea pode transportar uma infecção de outra parte do corpo até os ossos. Ordinariamente, a infecção ocorre nas extremidades dos ossos do membro inferior ou superior em crianças e nos ossos da coluna vertebral (vértebras) em adultos. Os indivíduos submetidos à diálise renal e os usuários de drogas ilegais injetáveis estão particularmente propensos a uma infecção das vértebras (osteomielite vertebral).

Essas infecções também podem ocorrer no local de fixação de uma peça de metal a um osso, como ocorre nas reparações de fraturas do quadril. As bactérias causadoras da tuberculose também podem infectar as vértebras, a exemplo da doença de Pott. Os microrganismos podem invadir o osso diretamente através de fraturas expostas, durante uma cirurgia óssea ou a partir de objetos contaminados que perfurem o osso.

Uma infecção em uma prótese articular, geralmente adquirida durante a cirurgia, pode disseminar-se para o osso adjacente. Uma infecção de tecidos moles adjacentes a osso pode disseminar-se para o osso após alguns dias ou semanas. Uma infecção de tecido mole pode começar em uma área lesada por um traumatismo, radioterapia ou câncer, ou em uma úlcera cutânea causada pela insuficiência circulatória ou pelo diabetes. Uma infecção de seios da face, gengival ou dental pode disseminar-se até o crânio (MANUAL MERCK, 2013).

Em crianças, as infecções ósseas adquiridas através da corrente sanguínea causam febre e, em alguns casos, dor no osso infeccionado. A área sobre o osso pode apresentar sensibilidade e edema e os movimentos podem causar dor. Geralmente, as infecções vertebrais apresentam uma evolução gradual, causando dor persistente e sensibilidade ao toque nas costas. A dor piora com o movimento e não alivia com o repouso, aplicação de calor ou uso de analgésicos. A febre, o sinal habitual de uma infecção, frequentemente está ausente. As infecções ósseas decorrentes de infecções de tecidos moles adjacentes ou de uma invasão direta provocam dor e edema na área sobre o osso. Pode ocorrer a formação de abscessos no tecido circunjacente. Algumas vezes, essas infecções não causam febre e os resultados dos exames de sangue apresentam-se normais.

O indivíduo com um membro ou uma prótese articular infeccionada comumente sente uma dor persistente na área. Se a infecção óssea não for tratada com sucesso, o indivíduo pode desenvolver uma osteomielite crônica. Às vezes, esse tipo de infecção passa despercebido durante muito tempo, não produzindo sintomas durante meses ou anos. Mais comumente, a osteomielite crônica causa dor óssea, infecções recorrentes de tecidos moles localizados sobre o osso e uma secreção purulenta constante ou intermitente através da pele. A drenagem ocorre quando o pus do osso infectado irrompe através da superfície cutânea e forma uma passagem (fístula) do osso até a pele (MANUAL MERCK, 2013).

SUPRESSÃO DA PROLIFERAÇÃO

A infecção é disseminada para o osso via supuração de tecidos moles adjacentes - Tipicamente, a infecção persiste por dias ou semanas em uma área danificada por trauma, malignidades ou outras causas. Em pacientes com diabetes melitus ou insuficiência arterial aterosclerótica de membros inferiores, os microrganismos alcançam o osso através de penetração nos tecidos moles através de úlceras cutâneas nos pés. A osteomielite do crânio origina-se de infecções de seios ou dentes. Os microrganismos entram diretamente no osso com fraturas abertas, redução cirúrgica de fraturas fechadas, trauma penetrante ou procedimentos operatórios para osso não traumático e distúrbios articulares. A maioria das infecções de próteses ortopédicas decorre de contaminação bacteriana durante cirurgia (MANUAL MERCK, 2013).

A meta inicial da terapia consiste em controlar e conter o processo infeccioso. A antibioticoterapia depende dos resultados das culturas de sangue e ferida com frequência à infecção é causada por mais de um patógeno. Devem ser instruídas as medidas de suporte geral (hidratação, dieta rica em

proteínas e vitaminas, correção da anemia). A área afetada com a osteomielite é imobilizada para diminuir o desconforto e evitar a fratura patológica do osso enfraquecido. Compressas úmidas quentes durante 20 minutos, várias vezes ao dia, podem ser prescritas para aumentar a circulação.

Logo após as amostras para a cultura, começa a terapia com antibiótico venoso, com base na suposição de que a infecção resulta de um organismo estafilocócico que seja sensível à penicilina semissintética ou às cefalosporinas. O objetivo é controlar a infecção antes que diminua o suprimento sanguíneo para a área em consequência de trombose. A antibioticoterapia venosa continua por 3 a 6 semanas. Depois que a infecção parece ser controlada, o antibiótico pode ser administrado por via oral, os antibióticos não devem ser administrados com alimento.

Quando o paciente não responde a antibioticoterapia, o osso infectado é cirurgicamente exposto, o material purulento e necrótico é removido e a área é irrigada com soro fisiológico esterilizado. Pérolas impregnadas com antibióticos podem ser colocadas na ferida para a aplicação direta de antibióticos por 4 semanas, prossegue a terapia com antibióticos venosos.

Como o debridamento cirúrgico enfraquece o osso, os dispositivos de fixação interna ou de suporte externo podem ser necessários para estabilizar ou sustentar o osso, assim, evitar fraturas patológicas. Nessa fase, é imprescindível o cuidado de enfermagem específico e ininterrupto para que o tratamento surta o efeito esperado. Por sua vez, o cuidado é um produto que se oferece aos clientes, sendo que envolve fatores condicionantes,

ou seja, a satisfação de quem o recebe e a satisfação de quem a oferta (FIGUEIREDO *et al.*, 1998). No entanto, o processo do cuidar, só é necessário se as necessidades terapêuticas do cliente forem superiores à realização do seu autocuidado, pois cada pessoa possui capacidades específicas (GEORGE, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Osteomielite é resultante de uma disseminação que ocorre em uma área típica de trauma ou resistência diminuída no osso, devido a um trauma subclínico não aparente. De um modo geral, enfatizam-se os tratamentos farmacológicos por se fazerem essenciais para o controle da doença. Diante do que foi apresentado neste artigo, entende-se que é possível criar uma nova visão, mais ampla da sistematização da assistência de enfermagem. Cada ponto que foi abordado neste estudo foi facilitando a compreensão e despertando o interesse em conhecer e aprofundar os conhecimentos específicos sobre o tema osteomielite, ajudando a superar o déficit de informação sobre o assunto.

Ressalte-se que a realização deste estudo deixa evidente a necessidade de realizar outros estudos com mais abrangência acerca desta temática, assim como revela que a Sistematização da Assistência de Enfermagem auxilia o enfermeiro nos diversos trabalhos realizados no âmbito da saúde, facilitando a compreensão do processo de cuidar e organizando informações obtidas sobre os pacientes, de suma importância para a equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde.

R E F E R Ê N C I A S

- FIGUEIREDO *et al.* Endodontia. **Revista Gaucha de Odontologia**. Porto Alegre, 1998.
- GIL, Antônio Carlos Métodos e Técnicas de pesquisa social. 4 ed. São Paulo: **Interamericana**, 2002
- CTOOR. **Osteomielite**. 2012 Disponível em: <<http://www.com.br/trabalhos/patologias/Osteomielite.htm>>. Acesso em: 10/11/12.
- FAUSTO, Cremilda. **Osteomielite**. 2011. Disponível em: <http://www.siemens.co.ao/pool/about_us/radiology/osteomielite.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2012.
- FIGUEIREDO, e tal. Cuidar em saúde: lugar da invenção de um paradigma científico. **Revista brasileira enfermagem**. V.51.n.3p. 447-456 jul/set. Brasília: 1999.
- MANUAL MERCK. **Infecções dos Ossos e das Articulações**. Disponível em: http://mmspf.msdonline.com.br/pacientes/manual_merck/secao_05/cap_053.html>. Acesso em: 20 jan. 2013.
- SMELTZER, Suzanne *et al.* **Condutas do enfermeiro no atendimento ao politraumatizado**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- SMELTZER, Suzanne. C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2000.

Data de recebimento para publicação: 23.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 26.11.2012.

Visão de Acadêmicos de Enfermagem sobre a Atuação do Enfermeiro na Assistência ao Idoso Durante a Formação Acadêmica

The Vision of Nursing Students on The Role of Nurses in Caring for The Elderly During Their Academic Courseworks

Renilda Batista Almeida¹
Vânia Cristina da Silva Alcantara²

RESUMO: Com o aumento do envelhecimento populacional um dos desafios para as políticas públicas de saúde é promover melhor qualidade de vida e uma velhice com mais dignidade. Trata-se de um processo permeado por transformações em todos os aspectos da vida, sejam eles biológicos, sociais, econômicos ou culturais. Diante do exposto, o presente artigo visa conhecer a visão de um grupo de acadêmicos de enfermagem sobre a atuação do enfermeiro na assistência ao idoso após ter cursado a disciplina de gerontologia. Sua construção deu-se a partir de uma pesquisa exploratória, desenvolvida mediante uma abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada em um Centro Universitário, localizado no Distrito Federal, com uma amostra de 15 alunos devidamente matriculados no curso de enfermagem, cursando o oitavo período, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Instituição, protocolo nº068/2010. Os dados foram coletados através de um questionário, com posterior análise de conteúdo. Observou-se que o conhecimento adquirido durante a graduação fornece aos acadêmicos de Enfermagem subsídios para compreender a atenção integral ao idoso. Conclui-se que a referida instituição de ensino, através da disciplina de Gerontologia, está conseguindo conscientizar e despertar o interesse sobre o cuidado com o idoso, e assim, poder assistir de forma mais adequada e especializada a esse cliente.

UNITERMOS: Envelhecimento. Enfermagem. Assistência ao Idoso.

ABSTRACT: *With a high proportion of the population entering old age, one of the challenges of public health policy is to provide a better quality of life and a more dignified existence for the elderly. It is a process permeated by changes in all aspects of life, be they biological, social, economic or cultural. Given the above, this article aims to survey the views of nursing students on the role of the nurse professional in the care of the elderly after the students have completed a course of study in Gerontology. It is a qualitative exploratory study, conducted during a Nursing course at the University Center of the Distrito Federal, and carried out by 15 students duly enrolled in the course, which was their eighth period of the Nursing curriculum. The study was submitted to the Ethics Committee of the Institution and approved under protocol No. 068/2010. We used a questionnaire and subsequent content analysis. It was observed that the students had generally acquired the adequate knowledge and skills necessary for comprehensive care for the elderly. We conclude that the educational institution is currently increasing awareness and arousing interest in caring for the elderly. An increased acuity in the vision of the individual nursing student was also observed after the completion of Gerontology coursework. These Graduates in Nursing today offer increasingly more appropriate and specialized care to the client.*

KEYWORDS: *Elderly. Aging. Nursing.*

1. Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário UNIEURO, e-mail renilda_batista@hotmail.com, Brasília-DF.

2. Orientadora, Enfermeira Docente, Mestranda em Ciência Política, Centro Universitário UNIEURO, e-mail: alcantaravania@hotmail.com, Brasília-DF.

INTRODUÇÃO

Há muitos critérios para a demarcação do que venha ser “idoso”. Um deles consiste no Estatuto do Idoso, destinado a regulamentar os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, definido pela (PNI) Política Nacional do Idoso através da lei nº. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Mais precisamente, está assegurado por lei que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana: direito à vida, à saúde física e mental, a seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condição de liberdade e dignidade (BRASIL, 2004).

A velhice é uma etapa do ciclo da vida, sendo que o número de idosos vem aumentando significativamente nos últimos anos em níveis mundiais. Particularmente no Brasil, esse crescimento ocorre em virtude do aumento da expectativa de vida e do desenvolvimento econômico e social, que têm impulsionado o acelerado envelhecimento populacional no país nas últimas décadas. A população de idosos crescerá de tal forma que em 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em pessoas com sessenta anos ou mais. Projeções recentes indicam ainda que esse crescimento poderá atingir o percentual de 15% do contingente populacional em 2027, superando o número de crianças e adolescentes, com 14 anos ou menos (VICTOR *et al.*, 2007).

Chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Essa realidade gera grandes desafios devido à desinformação, ao preconceito, e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade. Esse desafio toma maiores proporções somando-se a precariedade de investimentos públicos para o atendimento às necessidades específicas da população idosa, tanto em quantidade como em qualidade (VERAS, 2009).

Envelhecer é um processo dinâmico, progressivo e inevitável. Esse processo ocorre ao longo de toda experiência de vida do ser humano. Ressalte-se que o processo do envelhecimento é permeado por transformações em todos os aspectos da vida, sejam eles biológicos, sociais, econômicos, ou culturais. Para tomar medidas e condutas adequadas ao idoso, deve-se conhecer o processo do envelhecimento e ter consciência de suas implicações para a vida do indivíduo e para a sociedade. Tais medidas são implementadas definindo-se as possibilidades e limitações nos respectivos planos individuais e sociais (FERREIRA *et al.*, 2009).

Nesse contexto, a enfermagem é a ciência e a arte do cuidar, em permanente construção. Inova suas bases filosóficas, destinadas a oferecer ações seguras para o desenvolvimento do ensino e das atividades dos profissionais comprometidos com o outro em sua condição e sua essência (CARNEIRO *et al.*, 2009).

Com o aumento do envelhecimento populacional a ciência ocupa lugar privilegiado no mundo pós-moderno, o que levou a ênfase aos estudos geriátricos e gerontológicos. Assim, a enfermagem gerontogeriatrica insere-se nos âmbitos do conhecimento e da prática da enfermagem que cuida do idoso, em todos os níveis de complexidade: desde a promoção da saúde e qualidade de vida, prevenção de doenças e agravos à saúde, bem como na reabilitação do idoso. Essa nomenclatura foi escolhida, por entendê-la como a mais completa e adequada

(SANTOS, 2006).

Contudo, percebe-se a urgente necessidade de mudança a respeito do cuidar de forma organizada envolvendo disciplina e conhecimento. Sob a égide dessa mudança, a ação de cuidar promove no ser cuidado uma sensação de respeito e dignidade, e no ser que cuida a sensação de responsabilidade pela saúde e qualidade de vida do outro (SOUZA *et al.*, 2006).

A ideia de pessoas idosas associada a doenças e dependência tem que ser substituída por mudanças que as façam permanecer mais tempo em atividade e independentes. Tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, as doenças crônicas são significativas e causas de incapacidades e reduzida qualidade de vida das pessoas idosas. Ações de promoção da saúde e mudanças de hábitos podem diminuir as consequências dessas doenças, como vem ocorrendo nos EUA, com a queda das incapacidades em relação àquilo que era esperado (LEBRÃ, 2009).

A ênfase na função a ser restaurada e nas funções remanescentes que necessitam ser modificadas e fortalecidas consiste em um processo fundamentalmente educativo. Entre os princípios para a reabilitação geriátrica bem sucedida podemos destacar que é um processo no qual o cuidado está baseado na compreensão de que devem estar incorporados os parâmetros físico, emocional e social do idoso; implica atuação da equipe multidisciplinar em relação a cada membro e interdisciplinar no processo. O processo de adaptação pode envolver alterações no ambiente, nem sempre fáceis de serem realizadas frente à escassez de recursos financeiros e de apoio familiar (DIOGO, 2000).

A enfermagem gerontológica possibilita o desenvolvimento qualificado da atenção à saúde do idoso. Dessa forma, como parte integrante da equipe de saúde, o profissional de enfermagem deve habilitar-se para atuar de forma adequada e especializada na assistência ao idoso. Espera-se que o enfermeiro possa atuar de forma a melhorar a qualidade de vida no envelhecimento. O papel do enfermeiro em relação ao idoso é abrangente, englobando a educação em saúde, a gerência de recursos humanos e de materiais e a realização da assistência qualificada (CAMACHO, 2002).

Assim, é imprescindível que se faça uma reflexão acerca da formação inicial do enfermeiro. Essa formação exige a necessária preparação de docentes e discentes para o enfrentamento da realidade epidemiológica nacional, especialmente, no que se refere ao contingente de idosos. Implica em definição de estratégias e prioridades para a formação de novos profissionais que prestarão assistência a uma população que cresce rapidamente e que cada vez mais procura os serviços de saúde para o atendimento de suas necessidades (CALIL; PRADO, 2009).

A formação do aluno de graduação em enfermagem é marcada por várias experiências que levam a reflexões pessoais. Essas experiências são difíceis de serem trabalhadas pois, diferentemente dos conteúdos teóricos, trazem um contato com as próprias concepções que necessitam ser reconhecidas. Um dos fatores principais para adequação do ensino no processo do envelhecimento é conhecer as concepções dos alunos sobre o envelhecimento, entendendo e predizendo seu comportamento

em relação ao idoso neste contexto (SANTOS; MENEGHIN, 2006).

Indaga-se a visão dos acadêmicos de Enfermagem sobre a atuação do Enfermeiro na assistência ao idoso, enfatizando a contribuição do estudo da Gerontologia para o perfil acadêmico. Desta forma o objetivo geral deste estudo é conhecer a visão de acadêmicos de enfermagem sobre a atuação do Enfermeiro na assistência ao idoso após ter cursado a disciplina de gerontologia. Os objetivos específicos são: descrever as experiências dos acadêmicos de enfermagem com o idoso durante a graduação, identificar seu interesse sobre o cuidado com o idoso e apontar as contribuições da disciplina de gerontologia para a formação acadêmica.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto, na sua transformação, com construção humana significativas. Abordagem exploratória compreende a etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, os instrumentos tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições, possibilitando entrevistas com pessoas que tiverem experiências práticas com o problema pesquisado (MINAYO, 2004).

A amostra deste estudo foi composta por 33 alunos do último período de Enfermagem de um Centro Universitário do Distrito Federal. O critério de escolha desta amostra foram os alunos que apresentaram disponibilidade para responderem o questionário no período de 28 de outubro a 05 de novembro de 2010. Os critérios de exclusão da amostra foram os acadêmicos de enfermagem que recusaram responder o questionário, os que não estavam devidamente matriculados, os que não cursaram a disciplina de gerontologia ou se encontravam ausentes da sala de aula nos dias da coleta.

O instrumento para coleta de dados foi um questionário com 07 perguntas discursivas. Define-se, questionário como um instrumento de coleta de informações que tem por objetivo propiciar determinado conhecimento ao pesquisador (MINAYO, 2004). Os dados foram analisados quanto ao seu conteúdo. As falas foram transcritas e agrupadas em categorias de análise.

Os participantes foram convidados, e esclarecidos sobre a proposta da entrevista, procurando atender determinações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre os aspectos éticos legais dos trabalhos científicos com seres humanos após a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade privada do DF, com o protocolo nº: 068/2010.

Foi necessário o esclarecimento dos objetivos e a previa autorização dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações obtidas somente foram utilizadas para desenvolvimento do estudo, sendo assim, garantindo o anonimato dos colaboradores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categoria 1 “O papel do enfermeiro na assistência ao idoso”.

Os resultados apontam que os acadêmicos de Enfermagem têm consciência da importância do enfermeiro na assistência ao idoso, de forma que todas as alterações que ocorrem ao envelhecer é um processo fisiológico e natural pelo qual todos os seres vivos passam. Todos referem que a adequada assistência aos idosos baseia-se na capacidade técnica de avaliação do enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar a fim de prolongar a existência desse ser humano com uma assistência integrativa visando atender as alterações físicas, psíquicas e sociais.

(I2) “Fundamental, visto que a enfermagem tem um contato direto, podendo junto com a família desse idoso, trabalhar na educação, promoção e prevenção da saúde”.

(I3) “É de suma importância, pois o idoso requer tratamento qualificado e especializado”.

(I6) “Estimular o idoso a ter autonomia”.

(I7) “Atenção geral, traçar planos de cuidados de acordo com as limitações de cada um”.

(I10) “Prestar assistência aos familiares e cuidadores sobre como cuidar de uma pessoa idosa”.

(I11) “O enfermeiro atua de forma a confortar o idoso dando-o autonomia e atenção”.

(I12) “É de oferecer uma assistência de qualidade visando sempre o bem-estar físico, psicológico e social”.

(I13) “Assistência com qualidade em parâmetros científicos”. (I15) “Ter uma visão holística sobre o idoso, atentando-se a todas as necessidades desse indivíduo, seja ela física, psíquica ou social”.

Para favorecer uma assistência qualificada a equipe de enfermagem deverá respeitar a independência e propiciar a participação do idoso no processo de cuidado. O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico apresenta-se em cada ser humano idoso de um modo singular. A pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nesta etapa da vida são preveníveis. A assistência do Enfermeiro fornece subsídio para o cuidar priorizando a promoção, manutenção e recuperação da saúde do idoso (MARTINS *et al.*, 2007).

Categoria 2 “A contribuição disciplina de Gerontologia para sua formação acadêmica”.

Vários relatos dos acadêmicos de enfermagem mostram que a disciplina de gerontologia contribuiu para esclarecer as atitudes negativas que eles vivenciavam sobre a velhice. E que ao estudar a disciplina o enfermeiro está mais habilitado para lidar adequadamente junto a essa população idosa.

(I2) “Permitiu para eu entender mais sobre o envelhecimento, como lidar com o envelhecimento, prevenir danos a saúde e como ter um envelhecimento saudável”.

(I3) “Contribuiu para a mudança de visão em relação ao idoso e sua família, levando em consideração a abordagem específica”.

(I4) “Contribuiu para ampliar minha visão na assistência e oferecer melhores condições de vida ao idoso”.

(I7) “Contribuiu para identificar e entender as limitações do idoso, as necessidades e a melhor forma de atendê-lo”.

(I8) “Eu aprendi o significado da gerontologia e principalmente os cuidados com o idoso”.

(I12) “Mostrando outras visões em relação ao cuidado”.

(I13) “Contribuiu para a assistência diferencial para esses pacientes e a importância desse atendimento”.

(I15) “Contribuiu para assistir o idoso sem a doença se instalar, melhorando assim a qualidade de vida, sem excluí-lo da sociedade mesmo ocorrendo alterações fisiológicas”.

O ensino de gerontologia promove uma maior conscientização dos acadêmicos de enfermagem em relação ao envelhecimento. A disciplina voltada para o envelhecer apresenta para os alunos o conceito de saúde e de bem-estar. Acredita-se que o preconceito dos mais jovens é alimentado pelos próprios idosos que não se libertam do conceito de ser velho e, portanto, não difundem na sociedade que estão satisfeitos com sua vida, e que hoje existe a Terceira Idade (SANTANA; SANTOS, 2005).

Categoria 3 “visão sobre o idoso após a realização da disciplina de Gerontologia”

Os acadêmicos de enfermagem relataram que suas vidas são marcadas por várias experiências que os levam a refletir sobre o processo do envelhecimento. E que dentre as situações complexas, destacam também os direitos que respaldam o cidadão, em decorrência do crescente número de idosos no mundo.

(I2) “Entendi melhor o processo do envelhecimento”.

(I3) “sim. Não sabia sobre as leis e programas específicos para o idoso e o não cumprimento delas geram penalidades”.

(I4) “Sim, Pois pude verificar que a população idosa é uma porcentagem muito grande e que necessita do serviço da enfermagem”.

(I5) “Aprendi a valorizá-lo, estimulá-lo e a respeitá-lo com suas limitações”.

(I8) “Sim, aprendi que a gerontologia é mais que um cuidado ao idoso, é aprendizado, troca de experiências”.

(I10) “Sim, pois vimos que o idoso merece uma atenção especial”.

(I11) “Sim. Favoreceu no meu conhecimento e crescimento profissional”.

(I12) “Sim, pois envelhecer é saudável”.

(I13) “Sim, pois uma assistência adequada e diferenciada”.

O ensino de enfermagem no país passou por várias fases de desenvolvimento ao longo dos anos, tendo como reflexo de cada mudança o contexto histórico da enfermagem e da sociedade brasileira. Por isso é necessário considerar o contexto do indivíduo e do meio em que ele vive, possibilitando o crescimento do futuro enfermeiro do desconhecimento relativo para um estado de conhecimento capaz de transformar a realidade (ITO *et al.*, 2006).

Categoria 4 “Relato das experiências com o idoso durante a graduação”

São diversas as maneiras que os acadêmicos de enfermagem expressam suas experiências com os idosos durante a graduação. Enfatizando as experiências, favorece para o desenvolvimento do pensamento crítico, consciente e prazeroso, e com entusiasmo para continuar atuando nesta área gerontológica.

(I2) “Gratificante”.

(i4) “Muito bacana. Pois antes do curso de graduação eu não tinha percebido o quanto a população idosa é tão presente no processo de enfermagem”.

(I5) “Aprendi a valorizá-lo e a respeitar suas limitações”.

(I6) “Surpreendente, pois o contato direto com eles quebra os tabus relacionados a velhice”.

(i7) “Tenho dispensado mais atenção á eles, pois percebo que a grande maioria tem carência da mesma”.

(I8) “Aprendi com a historia de vida deles”.

(I9) “Foi maravilhoso”.

(I10) “Espetacular, pois ajudar a quem precisa é ajudar a si mesmo a se tornar uma pessoa melhor”.

(I12) “Muito boa”.

(I14) “Positivas, aprendi muito com eles”.

(I15) “Ótima, pois despertou em mim mais interesse por essa área”.

O convívio cotidiano e a participação no mundo do outro são fundamentais para despertar o amor e fazer sentir, visualizar, reconhecer e apreender estes valores. Alertando sobre a relevância e aplicabilidade de determinados saberes que, no caso da enfermagem, se fundamentam em capacitação profissional e métodos científicos (CARNEIRO *et al.*, 2009).

Categoria 5 “Após cursar a disciplina de Gerontologia despertou algum interesse pela assistência ao idoso”

Na categoria apresentada a seguir distinguem-se duas vertentes, a primeira é composta pelos alunos que a disciplina despertou interesse, e a segunda por aqueles que não interessam pela área, mas reconhecem a importância de estudar a disciplina de gerontologia.

(I10) “Não, pois interesse por outras áreas”.

(I14) “Me despertou maior respeito, mas nenhum 1º versão: (I2) “Sempre gostei do cuidado com idosos e a disciplina de gerontologia reforçou mais ainda esse interesse”.

(I3) “Sim, pois a existência de vários programas voltados para os mesmos oferece assistências variadas”.

(I4) “Sim”.

(I9) “Eu já havia me identificado com o assunto, a partir do momento em que cursei a disciplina, isso me fez ter mais certeza”.

(I15) “Sim, pois é uma área de fácil atuação, fácil de se apaixonar, devido serem ações recíprocas, tudo que é oferecido com amor, com amor lhe é retornado”.

2º versão: (I1) “Não”.

(I6) “Não, pois é uma área que requer amor mutuo na atuação”. (I7) “Não interesse propriamente dito, mas é uma área abrangente, pois a população idosa cresce a cada dia”.

desejo de atuação”.

A competência profissional é definida como capacidade

de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes. A construção, a gestão dos processos e a formação de sujeitos constituem um grande desafio. Vale salientar que a velhice não torna um ser humano menos ou mais importante que os demais cidadãos, porém o caráter débil e a falta de respeito aos direitos humanos e sociais no Brasil colocam os idosos numa posição crítica, haja vista os cuidados específicos exigidos nesta fase etária da vida (SILVA, 2005).

Categoria 6 “convivência com algum idoso e se o Enfermeiro tem ou não ligação com essa assistência”

Na categoria apresentada a seguir distinguem-se em duas vertentes a primeira relata a convivência com algum idoso. A segunda relata a não convivência com o idoso. Observa-se que a visão dos acadêmicos é parecida quanto à assistência do enfermeiro em discutir a efetividade de um plano de cuidado na prevenção e tratamento. E também indagam que saberes e práticas devem estar presentes deixando o idoso autônomo em suas decisões, em seu auto cuidado, de maneira clara para o idoso e pessoas que o cercam.

1º versão: (I1) “Sim convivo, e acho que o enfermeiro e toda a equipe de saúde têm ligação com a assistência ao idoso”.

(I2) “Sim. Com certeza, pois o enfermeiro tem uma visão ampla e pode ajudar no seu cuidado e orientação”.

(I3) “Sim. Convivo com idoso acamado, porém não na mesma casa. E o enfermeiro tem sim total ligação na assistência ao idoso”.

(I4) “Sim convivo, e a ligação é total, pois a recuperação e a autonomia que o idoso pode voltar a adquirir estão totalmente vinculadas aos cuidados da enfermagem”.

(I5) “Convivo em meu ambiente de trabalho, e com certeza o enfermeiro é quem interfere na assistência ao idoso”.

(I10) “Sim convivo, e é muito importante a intervenção do enfermeiro, pois é ele que planeja a assistência”.

(I11) “Convivo, e o enfermeiro tem ligação com todo tipo de assistência”.

2º versão: (I6) “Não convivo, mas acho que o enfermeiro tem ligação com a assistência integralista”.

(I8) “Não. Mas o enfermeiro é fundamental na assistência em todos os cuidados, seja com o idoso, jovens e crianças”.

(I9) “Não. Mas com certeza o enfermeiro tem ligação a frente de informar como deve ser a abordagem com o idoso”.

(I12, I13, I14, I15) “Não convivo, mas o enfermeiro é indispensável na assistência intervencionista”.

A enfermagem gerontológica possibilita o desenvolvimento qualificado da atenção à saúde do idoso. Os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, devem abordar o idoso considerando todas as especificidades decorrentes do envelhecimento. Dessa forma, será possível formar profissionais cada vez mais interessados, críticos e qualificados para o cuidado dos idosos (MONTANHOLI *et al.*; 2006).

Categoria 7 “interesse de atuação como Enfermeiro na assistência ao idoso”

A categoria que segue também se divide em duas

vertentes, sobre o interesse de atuação dos acadêmicos de enfermagem com o idoso. Na primeira fica evidente a sensibilidade e a afinidade, na segunda indagam afinidades por outras áreas.

1º versão: (I8) “Sim. Trabalhar com idoso como havia citado antes é uma experiência, um aprendizado”.

(I9) “Gostaria sim, pois é muito prazeroso como profissional fazer parte da vida dos idosos, e contribuir para os tornarem independentes, mas, com qualidade de vida”.

(I5) “Tem que gostar do idoso, não deve ser algo apenas almejando ter lucros, mas oferecer ao idoso um “fim” de vida com dignidade, respeito, viver a vida, o pouco que lhe resta como ser humano, tendo seus direitos respeitados e honrados”.

(I15) “Sim, pois é um futuro promissor, e gosto muito dessa área”.

2º versão: (I13) “Não, pois não me identifico com essa assistência ao idoso”.

(I10) “Não, prefiro outras áreas”.

O ensino de enfermagem fornece a idéia de ligar a teoria à prática gerontológica, não se tratando de conhecer por conhecer, mas de ampliar o conhecimento científico a uma cognição prática, compreendendo-a com possibilidades reais de transformação. O compromisso profissional não pode ser passivo. Ele deve ser dotado de ações e reflexões sobre a realidade. Isso implica valores humanos fundamentados cientificamente. Na ampliação dessa fundamentação, os conhecimentos em torno do homem tomam corpo e se tornam críticos e reflexivos, a partir de um novo olhar sobre a realidade vivenciada (CAMACHO, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo a realidade complexa sobre a velhice, a disciplina de gerontologia nos cursos de enfermagem tem o objetivo de formar um profissional generalista, com uma visão interdisciplinar e integrada capaz de compreender o envelhecimento humano e seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais.

Com o aumento do envelhecimento populacional a disciplina de gerontologia promove uma maior conscientização, sobre o processo do envelhecimento, e as condutas corretas para atender às limitações que a velhice proporciona.

Nesse sentido verificou-se que o interesse dos acadêmicos de enfermagem sobre a assistência do enfermeiro ao idoso é ampla, a fim de adquirir um embasamento científico e conceitos específicos relacionados à gerontologia em sua dinâmica assistencial.

Esclareceu que durante a graduação as experiências adquiridas criaram laços de afetividade, e compreensão do estado emocional do idoso. Tornando-os capazes de reconhecer as modificações físicas, emocionais e sociais destes.

Percebeu-se, nos dados encontrados, a evidência do empenho do centro universitário em estabelecer como características de ensino, a gerontogeriatría e proporcionar a formação de profissionais críticos e capacitados para lidar com

o processo do envelhecimento normal e patológico ao longo do curso de vida e na velhice. Nota-se que o conhecimento adquirido durante a graduação despertou nesses profissionais interesses para compreender a atenção integral ao idoso. Conclui-se que o

centro universitário está alcançando o seu objetivo de mudar a visão dos acadêmicos de enfermagem sobre a atuação do enfermeiro na assistência ao idoso após cursar a disciplina de Gerontologia.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL, Lei No 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.** Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://dhnet.org.br/direitos/brasil/leisbr/lexdh10.htm>>. Acesso em 09 abr. 2010.
- CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200200016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 20 nov. 2010.
- CALIL, Ana Maria; PRADO, Cláudia. O ensino de oncologia na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov. 2010.
- CARNEIRO, Alan Dionizio; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; PEQUENO, Marconi José Pimentel. Disseminação de valores éticos no ensino do cuidar em enfermagem: estudo fenomenológico. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09.04.2010.
- DIOGO, Maria José D'Elboux. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 nov. 2010.
- FERREIRA, Aleksandro Belo et al. Programa de atenção particularizada ao idoso em unidades básicas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2010.
- ITO, Elaine Emi; Peres Aida Mares; Takahashi Regina Toshie; Leite Maria Madalena Januário. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2010.
- LEBRA, Maria Lúcia. Epidemiologia do envelhecimento. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, 2009. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20.11. 2010.
- MARTINS, Josiane de Jesus et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov. 2010.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 8º ed. São Paulo: hucitec, 2004.
- MONTANHOLI, Liciane Langona et al. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 abril 2010.
- SANTOS, Noely Cibeli dos; MENEGHIN, Paolo. Concepções dos alunos de graduação em enfermagem sobre o envelhecimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2010.
- SANTANA, Rosimere Ferreira; SANTOS, Iraci dos. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 nov. 2010.
- SILVA, Marina da Cruz. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/sciel.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 nov. 2010.
- SOUZA, Ana Célia Caetano de et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2010.
- VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 out. 2010.
- VICTOR, Janaína Fonseca et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400026&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 out. 2010.

Data de recebimento para publicação: 31.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 05.12.2012.

Assistência de Enfermagem a Puérperas Acometidas por Depressão Pós-Parto

Nursing Care Provided Postpartum Women Affected By Postpartum Depression

Cristina Carla da Silva¹
Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima²
Eulidivânia de Farias Caboim³
Maryama Naara Félix de Alencar Lima Palmeira⁴

RESUMO: A depressão pós-parto é uma patologia que ocorre nas primeiras semanas após o parto com conseqüências negativas não só para a mãe, como também para o bebê e para a família. O tratamento consiste em esclarecimento, compreensão e apoio, por parte da família e dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem que estão em contato direto com essa clientela. O estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada às puérperas acometidas por depressão pós-parto em um município do sertão Potiguar. A pesquisa foi do tipo descritiva e exploratória com abordagem quanti-qualitativa, a população do estudo foi composta por cinco (05) usuárias da Estratégia de Saúde da Família no município de Caicó - RN. Que tiveram o diagnóstico de Depressão puerperal. De acordo com o estudo realizado os resultados foram: 2 (40%) das puérperas estão na faixa etária entre 27 e 30 anos, 3(60%) em situação de união estável, 2 (40%) referiram ter o Ensino Médio Completo. Quanto a profissão 4 (80%) afirmaram ser do lar e 3(60%) possuem renda familiar mensal entre 1 e 3 salários mínimo. Em relação aos objetivos do estudo a maioria das entrevistadas tiveram uma ou duas gestações relataram ter apresentado os sintomas de depressão no período entre dez a quinze dias após o parto; classificaram a assistência de enfermagem como ótima, referiram à conversa e o esclarecimento de dúvidas, realizadas pela equipe de enfermagem, como benefícios importantes na recuperação da depressão pós-parto. Os achados deste estudo sugerem que, além de oferecer assistência clínica, é necessário prover atenção biopsicossocial às mulheres nesse período. Para que essa prática se concretize, é necessário que o profissional de saúde seja capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva em saúde, que envolva ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação.

UNITERMOS: Assistência de Enfermagem Depressão. Puérperas

ABSTRACT: *The postpartum depression is a disease that occurs in the first weeks after delivery with negative consequences, not only for the mother; but also for the baby and for the family. The treatment consists of explanation, comprehension and support from family and health professionals, especially nurses who are in direct contact with these clients. This work aimed at evaluating the quality of nursing care provided to mothers in puerperium affected by postpartum depression in a city at the state of Rio Grande do Norte. The research was descriptive and exploratory, with quantitative and qualitative approaches, the study population was composed by five (05) users of the Family Health Strategy in the city of Caicó - RN. According to the study, the results were: 2 (40%) of the women in puerperium are aged between 27 and 30 years, 3 (60%) are in a situation of stable relationship, 2 (40%) said that completed the high school studies. About the occupation, 4 (80%) reported to be housewives and 3 (60%) have a familiar income between 1 and 3 minimum wages. Regarding the objectives of the study the higher number of the interviewed had one and two pregnancies and reported having displayed symptoms of depression in the period between ten and fifteen days after delivery; related the nursing care as excellent, 60% of the participants reported the conversation and answering questions, performed by the nursing staff, as important benefits in the recovery of postpartum depression. The findings of this study suggest that, in addition to providing clinical assistance, it is necessary to offer biopsychosocial care to women during this period. To occur this practice, it is necessary that the health professional be able to act with creativity and critical sense, through a humanized, competent and effective practice for health, involving actions of promotion, prevention, protection, recovery and rehabilitation.*

KEYWORDS: Nursing Care. Depression. Women in Puerperium.

-
1. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.
 2. Enfermeira especialista, professora do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.
 3. Enfermeira especialista, professora do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.
 4. Enfermeira especialista, professora do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.
-

INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença que ocorre em todo o mundo, e que ultimamente seu número vem aumentando significativamente. Em especial a depressão pós-parto (DPP), porque esse tipo de depressão parece ser fruto da adaptação física, psicológica, social e cultural inadequada da mulher frente à maternidade, pois os momentos em que antecedem e sucedem a gestação são cercados de expectativas.

De acordo com Atkinson (2002), quase todos nós temos períodos em que nos sentimos tristes, letárgicos e sem interesse por quaisquer atividades, até mesmo atividades agradáveis. Sintomas depressivos leves é uma resposta normal a muitos dos estresses da vida. A depressão é considerada um transtorno quando os sintomas se tornam tão severos que prejudicam o funcionamento normal e se estendem por várias semanas seguidas.

A depressão pós-parto (DPP) no Brasil é considerada problema sério de saúde pública, atingindo 2 a 5% da população em geral, com predomínio no sexo feminino, muitas vezes precedida por eventos vitais marcantes, como a gestação, o parto e o período pós-parto. No entanto a importância dos mesmos no estabelecimento da depressão não está totalmente esclarecida. As mudanças de humor são comuns no período puerperal, conflitos sobre o papel materno, insegurança pessoal, entre outros. A depressão puerperal é atribuída às alterações hormonais. Geralmente são episódios temporários de depressão e choro por qualquer motivo e não duram muito tempo (RUSCHI, et al, 2007).

De acordo com Penna; Carinhanha e Rodrigues (2006), o pós-parto também designado puerpério consiste em período de adaptação física e emocional em que a mulher vivencia o confronto entre as expectativas construídas durante a gestação e a realidade do período pós-parto.

A prevalência da depressão pós-parto (DPP) está entre 10 a 20%. Em estudos brasileiros, fatores psicossociais relacionados a transtornos mentais pós-parto são amplamente discutidos na literatura. A imensa maioria é sobre depressão pós-parto (DPP). As variações entre os de prevalência devem-se, provavelmente, ao uso de critérios diagnósticos e métodos diversos, bem como as diferenças econômicas e culturais entre os estudados (MORAES, 2006).

Para Figueira, Diniz e Filho (2011), do ponto de vista etiológico, coexistem dois modelos explicativos, provavelmente complementares. Um modelo biológico, que sustenta a existência de uma vulnerabilidade hormonal e/ou genética, e um modelo psicossocial, que postula que as transformações na vida da mulher após o parto contribuiriam para o desencadeamento da depressão.

Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: será que as puérperas receberam assistência de enfermagem adequada no período de depressão pós-parto (DPP)?

Nesse sentido, o presente estudo será de suma importância por reconhecer o valor da assistência de enfermagem neste período pós-parto, pois as puérperas sentem muito insegurança emocional, tal fato nos remete a responsabilidade de assisti-las de forma integral e humanizada dando informações

para que elas consigam retornar ao seu estado mental normal. Objetivando dessa forma avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada às puérperas acometidas por depressão pós-parto em um município do sertão Potiguar.

Desta forma justifica-se a realização desta pesquisa pela grande relevância de uma assistência de qualidade prestada às puérperas acometidas por depressão pós-parto. Assim como pode também, servir como fonte de pesquisa e por ser significativa para novos trabalhos pertinentes ao assunto, bem como para ofertar subsídios aos profissionais interessados em melhorar a qualidade da assistência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, e teve por base a assistência de enfermagem prestada às puérperas acometidas por depressão pós-parto em todas as Unidades Básicas de Saúde do município de Caicó - RN.

A população do estudo foi composta pelas usuárias da Estratégia de Saúde da Família no município de Caicó - RN, que foram acometidas pela depressão pós-parto (DPP), totalizando 05 mulheres, que dessa forma constituíram a amostra; aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução Lei nº 196/96. Para seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter sido acometida pela depressão pós-parto; aceitar participar do estudo após esclarecimentos referentes à pesquisa, e assinatura do TCLE; ser maior de 18 anos de idade. Excluindo do estudo: as puérperas que negarem-se participar do estudo; portadoras de incapacidade mental

Para apreender o fenômeno em estudo empregou-se um roteiro de entrevista, semi-estruturado, contendo perguntas objetivas e subjetivas previamente elaboradas pelo pesquisador. Os dados foram analisados quanti-qualitativamente, os resultados quantitativos foram apresentados através de tabelas e gráficos em números absolutos e percentuais, a partir da análise de critérios previamente estabelecidos. Para os dados qualitativos utilizou-se a análise da fala dos sujeitos que foram demonstradas através de quadros e corroboradas por Minayo (2006).

Após ser submetido à aprovação pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, através de Certidão de Aprovação com protocolo nº 143/2012 os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2012, em dias e horários previamente estabelecidos. As entrevistas foram realizadas nas próprias residências das mulheres que aceitaram participar da pesquisa e teve duração em média de 30 minutos para cada entrevista.

O comportamento ético durante a pesquisa foi norteado considerando os aspectos éticos da pesquisa e segundo as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos. Foi elaborado um Termo de Autorização Institucional para aceitação ou não da instituição para a realização da pesquisa e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a aceitação e realização da coleta de dados assinados pelas mulheres entrevistadas. Salienta-se que os sujeitos da pesquisa foram informadas quanto

aos objetivos da pesquisa e apresentaram total liberdade de aceitar ou recusar participa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados obtidos durante a realização da pesquisa mostram que 1 (20%) das puérperas que constituem a amostra, possuem idade entre 22 e 26 anos; 2 (40%) entre 27 e 30 anos; 1 (20%) entre 31 e 36 anos; 1 (20%) entre 37 e 40 anos de idade. Quanto ao estado civil 2 (40%) das mulheres são casadas e 3 (60%) referiram união estável. Com relação à escolaridade 1 (20%) relataram ter Ensino Fundamental Completo, 1 (20%) com Ensino Médio Incompleto, 2 (40%) com Ensino Médio Completo e 1 (20%) refere Ensino Superior Incompleto. Quanto a profissão 4 (80%) afirmaram ser do lar e 1 (20%) outras profissões (esteticista). Em relação a renda familiar 1 (20%) apresentaram renda menor de 1 salário mínimo, 3 (60%) entre 1 e 3 salários e 1 (20%) renda maior de 3 salários.

Com relação a faixa etária, os dados obtidos na amostra apresentaram uma maioria entre a faixa etária de 27 a 30 anos, caracterizando desta forma, uma população jovem e condizendo com Moraes (2006) em estudo “Prevalência da depressão pós-parto e fatores

Associados”, onde a maior parcela da amostra era constituída por puérperas com idade entre 20 e 29 anos.

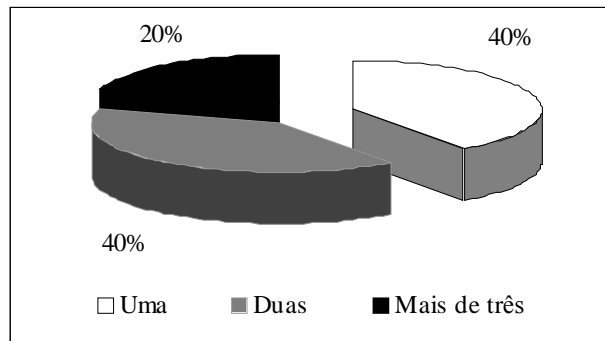
De acordo com os dados apresentados 3 (60%) das entrevistadas referiram União Estável como estado civil. Segundo Kerber, Falceto e Fernandes (2011), o fato de ter ou não companheiro não modifica a frequência de transtornos mentais. Entre as mulheres que tem companheiro, apenas a má qualidade da relação conjugal mostra-se associada à presença de transtorno psiquiátrico.

Quanto à escolaridade o estudo revela um maior número de puérperas com Ensino médio completo, estes números são contrários ao que diz Ruschi, et al (2007) em estudo, no qual mostra associação significativa entre depressão pós-parto e grau de escolaridade da mãe. Quanto menor o grau de escolaridade da mãe, maior a prevalência de depressão pós-parto (DPP).

Conforme os dados apresentados, 4 (80%) da amostra não informaram profissão definida, apresentando-se como organizadoras do lar, desta forma confirmando dados encontrados em estudo realizado por Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) em municípios da região Sudeste de São Paulo, onde (61,4%) mulheres eram donas de casa. Na discussão dos dados os autores não observaram associação estatisticamente significativa entre risco de depressão pós-parto (DPP) e fatores sociodemográficos como idade, cor, escolaridade, profissão e renda.

Em relação à renda familiar, houve uma predominância de 3 (60%) das entrevistadas referindo renda de 1 a 3 salários mínimos, desta forma indo de encontro ao descrito na literatura e a Figueira, Diniz e Filho (2011) mostra que a presença de dificuldades financeiras têm uma relação direta com o risco de desenvolver depressão pós-parto (DPP).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com o número de gestações.



Fonte: dados de pesquisa de campo, 2012.

O gráfico 1 mostra que das entrevistadas 2 (40%) tiveram uma e duas gestações respectivamente e 1 (20%) mais de três gestações. Os dados revelam um número razoavelmente pequeno no que diz respeito ao desenvolvimento de depressão pós-parto (DPP) relacionado a elevado número de gestações.

Ruschi, et al (2007) descrevem resultados estatisticamente significantes em relação ao número de gestações e a ocorrência de depressão pós-parto (DPP), onde mulheres com maior número de gestações apresentaram índice sugestivo de depressão.

Quadro 1 - Depoimentos das entrevistadas em relação ao tempo que iniciou os sintomas da depressão pós-parto.

QUESTIONAMENTO	DEPOIMENTOS
Quanto tempo depois do parto começou a sentir os sintomas?	<p>“No mesmo dia do parto” (E1);</p> <p>“1 (Um) dia após o parto” (E2);</p> <p>“Eu acho que foi uns 10 (dez) dias após o parto” (E3);</p> <p>“Aproximadamente 15 (quinze) dias após o parto” (E4);</p> <p>“Em torno de 15 (quinze) dias” (E5)</p>

Fonte: dados de pesquisa de campo, 2012.

De acordo com os depoimentos das entrevistadas a maioria delas relataram ter apresentado os sintomas de depressão no período entre dez e quinze dias após o parto. Desta forma, os dados condizem com Araújo (2005) onde o autor diz que a depressão pós-parto

(DPP) acomete entre 10% e 20% das mulheres, podendo começar na primeira semana após o parto e perdurar até dois anos.

Segundo Camacho (2006), o que difere os transtornos de humor do pós-parto dos que acontecem em outros períodos é que esse inicia-se no “pós-parto” principalmente no período de quatro semanas após o parto, podendo acontecer no puerpério imediato, entre a sexta e a oitava semana do puerpério e ainda relatado no sexto mês do puerpério.

Quadro 2 - Depoimentos das entrevistadas quanto ao diagnóstico do quadro de depressão pós-parto.

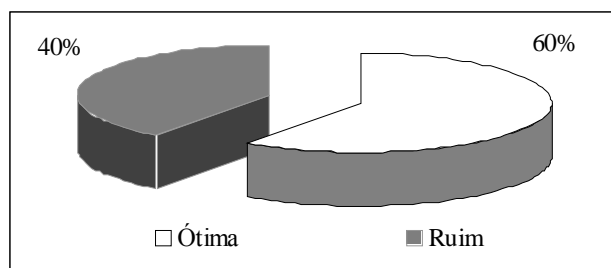
QUESTIONAMENTO	DEPOIMENTOS
Foi diagnosticado o quadro de depressão médico que eu fiz o pré-natal; (E4) pós-parto?	<p>“Não foi diagnosticado”, pelo médico da unidade, quando surgiram os sintomas e o procurei.</p> <p>“Sim. Pelo médico”, da unidade e por intermédio da família; (E1), (E2) e (E3).</p> <p>“Sim. Pediatra da minha filha”, durante uma consulta de puericultura (E5).</p>

Fonte: dados de pesquisa de campo, 2012.

Segundo os depoimentos, observou-se que a maior parte das entrevistadas tiveram quadro diagnosticado como depressão pós-parto (DPP) e todos foram realizados por médicos. Os dados mostram presença de acesso e interação entre as puérperas e médicos da comunidade.

Silva et al. (2010), mostra que atualmente, com o legado da Reforma Psiquiátrica e a proposta de intersetorialidade do Sistema Único de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vêm absorvendo e acompanhando uma grande demanda de mulheres, vítimas de transtornos psiquiátricos maternos e que a Estratégia de Saúde da Família, alicerçada ao princípio da integralidade, a exemplo de outras iniciativas, propicia recursos físicos e humanos para fazer frente à problemática da depressão pós-parto (DPP). Nesse sentido, cabendo aos profissionais de saúde, em especial, ao médico e ao enfermeiro, não apenas uma atuação clínica na identificação e tratamento de casos, mas também a disponibilização de cuidados, como conforto psicológico e educação em saúde na vivência da depressão pós-parto (DPP).

Gráfico 2 - Distribuição da amostra conforme avaliação da assistência de enfermagem prestada durante o desenvolvimento e tratamento do quadro de depressão pós-parto.



Fonte: dados de pesquisa de campo, 2012.

De acordo com o gráfico 2 que avalia a assistência de enfermagem prestada durante o desenvolvimento e tratamento do quadro de depressão pós-parto, 3 (60%) das puérperas classificaram como ótima e 2 (40%) como ruim. Estes dados que

apesar do número de entrevistadas ser pequeno, um percentual de mulheres relatam que a assistência de enfermagem não foi adequada, surgindo a necessidade de uma investigação mais profunda.

Conforme Ribeiro e Andrade (2009), a participação dos profissionais de enfermagem é fundamental na prevenção da depressão pós-parto (DPP) e o tratamento consiste em esclarecimento, compreensão e apoio, por parte da família e dos profissionais de enfermagem que estão em contato direto com essa clientela.

Quadro 3 - Depoimentos das entrevistadas em relação aos benefícios trazidos pela assistência de enfermagem durante recuperação da depressão pós-parto.

QUESTIONAMENTO	DEPOIMENTOS
Quais benefícios que a assistência de enfermagem trouxe para sua recuperação?	<p>“Teve importância. Porque elas conversavam e me explicavam da minha doença” (E1);</p> <p>“Elas conversavam muito comigo” (E2);</p> <p>“Foi essencial, além de tirar as dúvidas e explicar sobre a doença, ainda traziam os remédios” (E3);</p> <p>“Nenhum, pois não tive acompanhamento” (E4) e (E5).</p>

Fonte: dados de pesquisa de campo, 2012.

Os dados mostram que a maioria das participantes referiram a conversa e o esclarecimento de dúvidas, realizadas pela equipe de enfermagem, como benefícios importantes na recuperação da depressão pós-parto. A resposta negativa ao questionamento anterior justifica-se pela ausência de acompanhamento pela equipe de enfermagem.

Os profissionais que compõem a equipe de saúde da família devem estar preparados no sentido de reconhecer precocemente fatores de risco envolvidos na depressão pós-parto (DPP) (VALENÇA e GERMANO, 2010).

Na fase pós-parto, o tipo e a natureza do suporte recebido são fatores possíveis de contribuir para melhor adaptação e alcance do papel materno. Nesta fase, o enfermeiro pode prestar decisiva colaboração, pois ao conhecer a situação vivenciada, este profissional auxilia a puérpera a superá-la e a se readaptar melhor às suas dificuldades, contribuindo para um exercício saudável da maternidade com impactos, tanto no binômio mãe-filho como na família (SILVA, et al, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez e o puerpério são fases de grandes transformações na vida da mulher, uma vez que promovem diversas transformações de ordem psicossocial, contribuindo

para o desenvolvimento de transtornos mentais, caso não seja oferecida uma rede de acolhimento e apoio à gestante e a puérpera. A etiopatogenia da doença não foi ainda bem definida e provavelmente envolve fatores biopsicossociais.

Neste estudo os resultados encontrados mostram uma população jovem, na sua maioria vivenciando união estável e com razoável nível socioeconômico e educacional. Estas características em relação aos fatores de risco se contrapõem a dados encontrados em diversas literaturas, onde o baixo nível socioeconômico e educacional aparece como fatores de risco predominantes.

Na investigação dos dados referentes ao objetivo do estudo, ficou evidente a intercomunicação entre a equipe de saúde e as puérperas da comunidade, onde dentre a assistência prestada estão o diagnóstico precoce e o apoio psicológico no decorrer do tratamento realizado através de visitas constantes por parte do enfermeiro e membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Um número significativo das participantes não tiveram a assistência de enfermagem adequada. Frente a isso é prioritária ao enfermeiro que atua na assistência, considere em suas ações e intervenções o contexto familiar, a função desempenhada para cada membro que compõe a família, bem como a dinâmica própria nela estabelecida.

O pós-parto é um período que exige muita atenção clínica, porém os achados deste estudo sugerem que, além de oferecer assistência clínica, é necessário prover atenção biopsicossocial às mulheres nesse período para que essa prática se concretize. É necessário que o profissional de saúde seja capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva em saúde, que envolva ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação.

Desta forma deseja-se que o estudo em questão sirva como fonte de dados e reflexões para outros acadêmicos possibilitando assim a abertura de outras tantas discussões e abordagens sobre o tema depressão pós-parto.

R E F E R Ê N C I A S

- ARAÚJO, V. I. R. F. de. Depressão pós-parto e tristeza Materna. Ver. **Pediátrica Moderna**. V. 41, nº4, 2005.
- ATKINSON, R. L et al. Introdução à psicologia de Hildard. -13.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CAMACHO, R.S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiq. Clin.** 33(2); 92-102, 2006.
- CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, GL; FAISAL-CURY, A. **Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005.
- FIGUEIRA, P. G. ; DINIZ, L. M. ; SILVA-FILHO, H. C. Características demográficas e psicossociais associadas a depressão pos-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Rev Psiquiátrica RGS**. 33 (2): 71-75, 2011.
- KERBER, S.R.; FALCETO O. G.; FERNANDES, C.I.C. Problemas conjugais outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 33(6): 2817-2011.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MORAES, I. G. S. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev saúde publica**. 40 (1): 65, 2006.
- PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. A mulher no pós-parto domiciliar: Uma Investigação sobre essa vivencia. **Esc. Anna Nery R. Enferm.** 10(3): 448-55. 2006.
- RIBEIRO, W. G. ; ANDRADE, M. O papel enfermeiro na prevenção da depressão pos-parto. **Informe-se em promoção da saúde**. V. 5, n 1. 2009.
- RUSCHI, G.E.C. et al. Aspectos epidemiológicas da depressão pós-parto em amostra Brasileira. **Revista psiquiátrica do Rio Grande do Sul**. 2007.
- SILVA, F. C. S. da; et al. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paul Enferm** 2010;23(3):411-6.
- VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 129-139, abr./jun.2010.

Data de recebimento para publicação: 31.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 07.12.2012.

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, com cópia do texto, mediante o e-mail contato@temasemsaude.com

**Um veículo de
comunicação
multidisciplinar,
uma referência na
área de saúde**

Conhecimento de Gestantes Atendidas em Unidades de Saúde da Família Sobre Candidíase¹

Knowledge About Candidiasis of Pregnant Women Assisted by Health Care Units

Perlânia de Oliveira Silva²
Malba Gean Rodrigues de Amorim³
Alba Rejane Rodrigues de Moura⁴
Geane Gadelha de Oliveira⁵

RESUMO: A candidíase vulvovaginal é uma inflamação da vagina causada por fungos presentes na flora vaginal normal da gestante, que cresce quando o meio torna-se favorável. O presente estudo teve como objetivo analisar o conhecimento das gestantes sobre o candidíase vulvovaginal em duas Unidades de Saúde da Família, no município de Patos-PB. O estudo foi do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa e foi realizado com 15 gestantes, com idade entre 18 a 30 anos. Para a coleta dos dados, aplicou-se como instrumento um questionário norteado por perguntas objetivas referentes as características sócio demográficas da amostra e sobre o seu conhecimento sobre a candidíase. Das 15 gestantes a maioria das entrevistadas possuíam o ensino fundamental incompleto (60%), tinham entre 24 e 30 anos (73,3%), com o número 1 a 3 filhos (93,3%) Em relação ao estado civil, 40% vivem em relações estáveis, com relação a renda familiar de um salário mínimo (60%) sendo em sua maioria do lar (86,7%). Na análise dos dados, observou-se que 80% das gestantes não conheciam a candidíase, e nem tiveram acesso as informações necessárias para o tratamento (60%) e sobre as praticas preventivas usadas no controle da candidíase (86,7%). A realização do diagnóstico citológico, a instituição do tratamento precoce e a adoção de medidas preventivas são metas a ser cumpridas nas USFs para reduzir a incidência desta enfermidade oportunista na gravidez.

UNITERMOS: Cândida Albicans. Conhecimento. Gestação.

ABSTRACT: Vulvovaginal candidiasis is an inflammation of the vagina caused by fungi present in normal vaginal flora of pregnant women, which grows when the environment becomes favorable. The present study aimed to analyze the knowledge of pregnant women about vulvovaginal candidiasis in two health care units (Unidades de Saúde da Família - USFs), in the city of Patos-PB. This study used a quantitative exploratory descriptive research design and it was conducted with 15 pregnant women aged 18 to 30 years old. To collect the data, we applied a questionnaire as an instrument guided by objective questions regarding the sociodemographic characteristics of the sample and their knowledge of candidiasis. Out of the 15 pregnant women, most subjects had incomplete primary education (60%); they were between 24 and 30 years old (73.3%), having 1 to 3 children (93.3%). In relation to their marital status, 40% were in stable relationships, with family income of a minimum wage (60%). The majority are housewives (86.7%). In data analysis, it was observed that 80% of pregnant women did not know about candidiasis, neither they had access to the information needed for treatment (60%) or about preventive practices used to control candidiasis (86.7%). The cytological diagnosis, the institution of early treatment and the adoption of preventive measures are goals to be met in USFs to reduce the incidence of this opportunistic disease in pregnancy.

KEYWORDS: Candida Albicans. Knowledge. Gestation.

1. Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia).

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Endereço: Rua doutor José Genuíno, nº 871, Liberdade, Patos-PB, Telefone: (83) 8833-6399.

3. Professora mestre, do curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

4. Professora mestre, do curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

5. Professora especialista, do curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

A Candidíase vulvovaginal (CVV) é uma infecção da vulva e da vagina, causada pelas várias espécies de *Candida*, fungos comensais das mucosas vaginal e digestiva, que podem tornar-se patogênicos, sob determinadas condições que alteram o ambiente vaginal, especialmente na gestação. Este gênero compreende mais de 163 espécies, onde a *C. albicans* é a mais comum em provocar a candidíase.

Este microorganismo é considerado oportunista, pois a sua população aumenta e causa doença grave quando ocorrem alterações na microbiota normal, alterações fisiológicas ou patológicas. Entre os fatores predisponentes que contribui para a colonização desta levedura destacamos: gravidez, uso deficiente, distúrbios endócrinos, roupas íntimas sintéticas, relações sexuais, agentes sensibilizantes da pele. Podem ainda ser citadas como fontes de reinfecção: parceiros masculinos, pele dos genitais, artigos de uso pessoal e trato gastrointestinal (HALBE, 2000; TORTORA, 2006).

De acordo com Rezende (2007), a Candidíase é comum na gestação uma vez que o fungo é oportunista e prolifera durante a gestação devido a baixa imunidade que o evento gravídico promove, dessa forma se não for tratada pode ser transmitida durante o parto para o recém-nascido.

Apesar de não ser uma doença de notificação compulsória, esta deve ser diagnosticada e tratada, para que não haja maiores problemas, pois está relacionada a microbiota normal da mulher de modo que comprometem a vulva e vagina causando incomodo para a mulher, além de aborto.

Holanda *et al.*, (2007), fala que a candidíase vulvovaginite e uma infecção que compromete a vulva e a vagina por diversas espécies de cândida, fungos comensais da mucosa vaginais e digestivas que podem se tornar a patogênico devido a alteração da flora vaginal, causando prurido vulvar intenso, leucorréia, dispareunia, edema e eritema vulvovaginal.

Este estudo permitirá uma melhor compreensão de como trabalhar a saúde da mulher no que diz respeito a patologias (candidíase) que acometem a mulher na gestação, dessa forma auxiliara no meio científico sobre a assistência a saúde da mulher. Como também das próprias gestantes que poderá compreender um pouco mais sobre está patologia.

O interesse de investigar esse tema surgiu após experiência previa nas Unidades de Saúde da Família, onde pude observa um número acentuado de gestantes com essa patologia. Teve como objetivo descrever o conhecimento das gestantes sobre a candidíase vulvovaginal.

Esse trabalho foi realizado para contribuir com a equipe das U.S.F e na conscientização das gestantes, quanto ao conhecimento sobre a candidíase, suas praticas preventivas e tratamento, buscando através dessas informações, soluções para o controle e diminuição dessa patologia, e que os profissionais de saúde busquem novas formas de abordar estas gestantes na prevenção dessa patologia tão comum entre as gestantes.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A candidíase vulvovaginal (CVV) é a inflamação da mucosa genital que compromete principalmente vulva e vagina devido a infecção por um fungo denominado *Cândida spp.* A CVV esta entre os principais problemas ginecológicos que afetam mulheres em idade reprodutiva, atingindomilhares de pessoas no mundo todo (FERRAZZA et al., 2005).

O gênero *Candida* é constituído de aproximadamente de 200 diferentes espécies de leveduras, que vivem normalmente nos mais diversos nichos corporais, como orofaringe, cavidade bucal, dobras da pele, secreção brônquica, vaginais, urinas e fezes. Entre as espécies que compõem esse gênero, a *Candida albicans* apresenta maior relevância em função de sua taxa de prevalência em condições de normalidade e de doença (ALVAREZ, et al., 2007).

Apesar de viver como membro da microbiota vaginal, este fungo se torna oportunista e provoca a doença quando ocorre uma modificação no pH vaginal, que ao tornar-se acido permite uma proliferação elevada de hifas e conseqüentemente provoca a candidíase (RICC, 2008; FREITAS et al., 2007).

De acordo com Lopes (2008), 89% dos casos de candidíase são devido a *Cândida albicans*, e 10 a 20% a outras espécies chamadas não-albicans (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*).

A candidíase apresenta-se por meio de corrimento vaginal branco ou branco amarelado, grumoso, por vezes abundante e sem odor, ao exame vaginal com espéculo observa-se placas brancas, aderidas as paredes vaginais e ao colo uterino, com aspecto de nata de leite, a mucosa vaginal e vulva pode mostrar hiperemia e fissuras nos casos de inflamação intensa, ardor e prurido, edema vulvar e dispareunia. (LOPES, 2008).

A candidíase acomete cerca de 18% das gestantes, causada pela *Cândida albicans* e não-albicans (*C. tropicalis*, *C. glabrata*) causa prurido, ardência e hiperemia vulvovaginal, secreção branca-leitosa em grumos ou em placas (CHAVES NETO, 2009).

A gestação é um período que vai favorecer o desenvolvimento de infecção pela *Cândida albicans*, devido ao aumento do estrogênio circulante que irá aumentar o glicogênio nas paredes vaginais, vai descontrolar o PH ácido vaginal produzido pelos lactobacilos acidófilos propicia a multiplicação dos fungos (FREITAS et al., 2007).

A gravidez predispõe tanto a candidíase vulvovaginal primária quanto as recidivas, sendo especialmente mais freqüente a partir da 28ª semana de gestação. A infecção nesta situação supõem desafio terapêutico importante, provavelmente devido aos altos níveis de glicogênio produzido pelo epitélio vaginal estimulado pelos altos níveis de estrogênio gestacional; favorecendo assim um elemento nutritivo e facilitador tanto da reprodução como da multiplicação dos fungos níveis elevado de progesterona podem apresentar efeito supressor sobre a imunidade celular, além de aumentar a expressão do gene responsável pela síntese celular do receptor epitelial destinando a ligação do fungo (candidíase) (ZIARRUSTA, 2002).

Boatto et al., (2007), em um estudo realizado com as gestantes, e seus parceiros; foram coletas secreções vaginais da ectocérvice e do fórnice vaginal, bem como secreções do prepúcio e da glânde de 58 parceiros sexuais. Dos 58

companheiros sexuais examinados, 38 eram sintomáticos e 20 assintomáticos. Foi verificado que 87% dos casos, a mesma espécie de leveduras estava presente na mulher e seu companheiro.

Gondo et al., (2010), realizou um estudo cujo objetivo foi identificar a prevalência de alterações da flora vaginal de gestantes de baixo risco e associado as sintomatologia. Com 289 gestantes atendidas no período do pré- natal, o autor realizou exame citológico de rotina nos pacientes e investigaram as seguintes variáveis : presença de corrimento, mau odor genital, prurido, dispaurenia, sangramento após a relação sexual recente. As gestantes do estudo com flora vaginal alterada 69,9% referiram corrimento 28,7% queixaram-se de mau odor genital, 29,4% de prurido, 28,7% dispaurenia, e 4,9% de sangramento após a relação sexual.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (USFs) do município de Patos- PB. A população foi constituída por 30 gestantes cadastradas nas referidas USF se a mostra foi composta por 50% (15) das gestantes cadastradas através dos seguintes critérios: Ter realizado o pré-natal na unidade de pesquisa objeto do estudo, se encontrar no local no momento da coleta de dados; ser maior de 18 anos e aceitar participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as grávidas com diagnósticos de risco e que realizaram apenas uma consulta durante o pré-natal.

Para a coleta dos dados, aplicou-se como instrumento um questionário norteado por perguntas objetivas, previamente elaboradas pelo pesquisador, divididas em duas partes: a primeira referente aos dados sócio demográficos da amostra e a segunda referente aos objetivos do estudo. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das FIP, com parecer para realização nº 126/2012, os dados foram coletados nas unidades de saúde, antes ou após as consultas de pré-natal. A entrevista foi realizada em ambiente apropriado, para não haver interferência nas respostas, tendo uma duração de 15 a 30 minutos.

Os dados da pesquisa foram analisados, tabulados e graficados utilizando o software Microsoft Excel, os resultados discutidos e comparados a luz da pertinente. O presente estudo está de acordo com a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada como todos os direitos sobre os princípios éticos como: beneficência, respeito e justiça; além da garantia de poder desistir a qualquer momento se dano algum e que ira sofrer riscos mínimos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pesquisa na avaliação dos dados sócio-demográficos foram analisados as seguintes variáveis: Escolaridade, faixa etária, estado civil, número de filhos, renda familiar e profissão/ocupação, objetivando caracterizar a amostra

diante das características sociais.

Tabela 1- Dados sócio-demográficos da amostra (n= 15).

VARIÁVEIS	Nº	%
ESCOLARIDADE		
Fundamental incompleto	09	60
Fundamental completo	00	00
Ensino médio incompleto	03	20
Ensino médio completo	02	13,3
Ensino superior incompleto	01	6,7
Ensino superior completo	00	00
FAIXA ETÁRIA (ANOS)		
18-23	04	26,7
24-30	11	73,3
ESTADO CIVIL		
Casada	04	26,7
Solteira	05	33,3
Estável	06	40,0
NÚMERO DE FILHOS		
1-3	14	93,3
4-6	01	6,7
RENDA FAMILIAR		
Um salário	09	60,0
Menos de um salário	04	26,7
Mais de um salário	02	13,3
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO		
Do lar	13	86,7
Outras	02	13,3
TOTAL	15	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a tabela 1, que traz a caracterização da amostra quanto o perfil sócio-demográfico, a maioria das entrevistadas possuíam o ensino fundamental incompleto, 9 De acordo com a tabela 1, a maioria das entrevistadas possuíam o ensino fundamental incompleto, 9 (60%), tinham entre 24 e 30 anos (73,3%), com o número 1 a 3 filhos (93,3%) Em relação ao estado civil 06(40%) vivem em relações estáveis. Com relação a renda familiar observa-se que as mulheres tinha uma renda de um salário mínimo 9 (60%) sendo em sua maioria do lar 13 (86,7%).

De acordo com Albuquerque et al., (1994), as mulheres com maiores incidência de candidíase tem seu grau de escolaridade baixo, devido as falhas na política de saúde hoje praticada no país , que gera exclusão na educação em saúde e planejamento familiar.

Segundo Holanda et al., (2007), a incidência da candidíase vulvovaginal atinge aproximadamente 25% da população feminina sendo que 75% dessa população são gestantes adolescentes.

Observar-se que os resultados encontrados no presente estudo vem contrariar com a literatura, uma vez que o maior números de portadoras desta patologia encontra-se com idade acima de 24 anos.

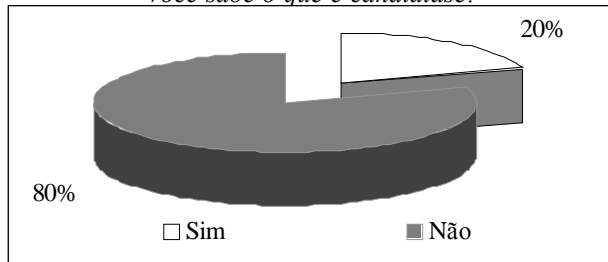
Albuquerque et al., (1994), em seus estudos, os maiores índice de cândida são em gestantes com vida estável, isso se

deve a confiança que elas tem com seus maridos e não se protegem nas suas relações sexuais.

De acordo com o autor acima citado, essas gestantes tem acima de 4 filhos, e vivem com renda de um salário mínimo, que suas ocupações se referi ao lar; concordando com os resultados descritos neste estudo.

DADOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA

Gráfico 1 - Distribuição numérica e percentual dos participantes em relação a pergunta: Você sabe o que é candidíase?



Fonte: dados da pesquisa

De acordo com o gráfico 1, a maioria das gestantes (80%) não sabiam o que era Candidíase. Este resultado é particularmente importante uma vez que a candidíase esta entre os principais problemas ginecológicos que afeta mulheres em idade reprodutiva (FERRAZA et a, 2005).

De acordo com Costa *et al* (2010) a candidíase vulvovaginal é o tipo mais comum de vaginite aguda nos países tropicais, atingindo 25% das mulheres adultas com colonização assintomática e 75% com a forma clínica em algum momento da vida, inclusive durante a gestação, portanto uma doença comum e negligenciada, e se não tratada pode oferecer riscos para saúde do recém-nascido .

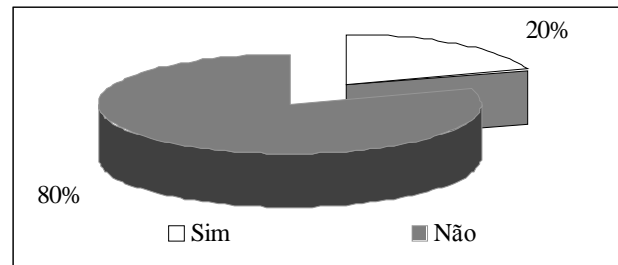
A candidíase vaginal não modifica o prognóstico perinatal e não esta relacionada a complicações obstétricas, mais após o nascimento do recém- nascido, observa-se o aparecimento de sapinhos (ZUGAIB, 2008; e ZIEGEL, 2011).

O diagnóstico clinico e a sua confirmação através do exame citológico se constitui a maneira mais efetiva de se conhecer e combater a candidíase (MATOS et al., 2004).

De acordo com Halbe (2000) o diagnostico da mulher com candidíase é realizado através de boa anamnese, exame físico da vulva e vagina, através do exame esfregaço de solução salina e de KOH e verificação do seu PH vaginal.

Além disso, deve-se realizar durante o pré- natal o trabalho de educação em saúde para que essas gestantes obtenham informações sobre esta e outras patologias provocadoras de vulvovaginites durante o período gestacional.

Gráfico 2 - Distribuição numérica e percentual dos participantes em relação a pergunta: Você sabe como prevenir essa doença?



Fonte: dados da pesquisa.

No gráfico 2, observa-se que (80%) das gestantes não sabem como se prevenir da candidíase vulvovaginal. A falta de orientação sobre a prevenção das enfermidades do trato genital, antes e durante a gestação deve ser considerada um viés a ser modificado durante as palestras educativas ministradas na consulta do pré- natal.

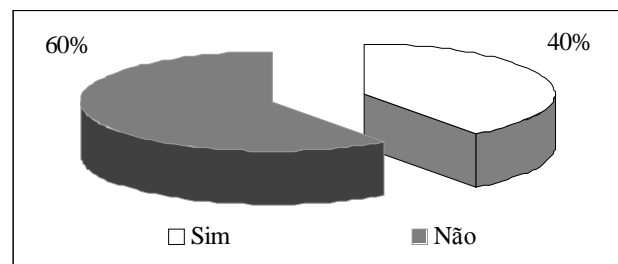
Neste estudo, o fato das grávidas desconhecerem os mecanismos de prevenção da candidíase, pode também estar a relacionada à sua baixa frequência nas consultas ginecológicas, ao nível de escolaridade, já que a maioria das entrevistadas possui apenas o ensino fundamental incompleto, dificultando assim o acesso a informação.

Embora muitos autores tratem a candidíase como uma doença relevante na saúde pública, poucos trabalham a educação em saúde, abordando a candidíase isoladamente ou incluída com as DST's, enfocando a prevenção como a melhor forma de diminuir essa estatística (ÁLVARES, et al., 2007).

De acordo com Timby e Smith (2005) durante a prevenção para infecções vulvovaginais o enfermeiro deve ensinar a gestantes como realizar as medidas de higiene pessoal e o uso de preservativos.

O cuidado com a higiene do corpo principalmente com os órgãos sexuais e de fundamental importância para a prevenção da cândida como: usar calcinhas brancas 100% algodão, lavar a genitália com sabonete suave e sem perfume e secá-la delicadamente, lavar roupa de baixo com sabão neutro e água quente, usar papel higiênico branco, sem perfume, e limpar o períneo de frente para trás, realizar boa higiene corporal, evitar spray, desodorante vaginal, banhos de banheira com produtos, perfumados e dar preferência a banho de chuveiro. (RICCI, 2008).

Gráfico 3 - Distribuição numérica e percentual dos participantes em relação a pergunta: Após o diagnóstico confirmado, você tem acesso as informações necessárias sobre o tratamento?



Fonte: dados da pesquisa.

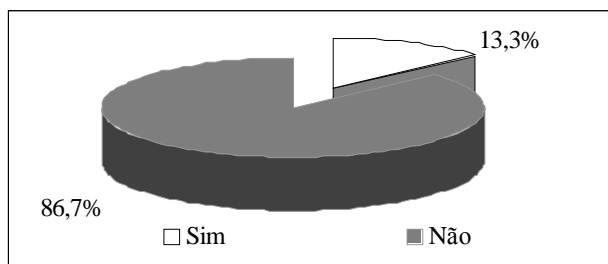
De modo semelhante ao gráfico anterior, a maioria das grávidas (60%) não receberam as informações necessárias para realizar o tratamento contra a Candidíase. O desconhecimento sobre as medidas preventivas e a falta de tratamento impede o controle desta enfermidade.

O tratamento deve ser iniciado após o primeiro trimestre da gravidez e durante a amamentação. Alguns autores recomendam ainda, para casos recorrentes de candidíase na gestação, a correção do PH vaginal com banhos de assento com bicarbonato de sódio diluído em água. O tratamento do parceiro é necessário, considerando-se que a transmissão sexual não é rotineira, exceto os casos sintomáticos e recidivante (COSTA *et al.*,2010).

A terapia da gestante pode ser realizado com o uso de cremes tópicos a base de fungicidas como: Nistatina, uso vaginal,durante 14dias seguido para qualquer época da gestação; os derivados imidazólicos ,são mais eficazes e também seguros: terconazol por 5 dias, clotrimazol, uso vaginal, por 6 dias ou micanazol, uso vaginal por 14 dias. Com relação as restrições terapêuticas, o cetoconazol e o fluconazol oral não devem ser utilizados na gestante (CHAVES NETO, 2009).

Segundo Freitas (2007), as gestantes assintomáticas não necessitam de tratamento, mais o exame do parceiro e seu tratamento, se sintomático, deve ser parte da rotina, bem como orientação a paciente à abstinência sexual para melhor controle do tratamento.

Gráfico 4 - Distribuição numérica e percentual dos participantes em relação a pergunta : Você tem recebido informações sobre as praticas preventivas da candidíase nesta unidade?



Fonte: dados da pesquisa.

Já no gráfico 4, 13 (86,7%) gestantes relatam não ter sido informadas pelos profissionais da unidade de saúde sobre as práticas de prevenção da Candidíase. Através destes resultados percebe-se a dificuldade enfrentada pelos profissionais da saúde, especialmente enfermeiros, em realizar o trabalho de educação e saúde durante as consultas de pré- natal, devido muitas vezes a sobrecarga de trabalho e ao espaço físico inadequado.

A precariedade do serviço aliada a falta de compromisso do profissional compromete as ações preventivas de diversas patologias durante a gestação, inclusive da candidíase.

Timby e Smith (2005) relatam que uma boa educação e informações necessárias sobre os fatores de risco para esta patologia vêm diminuir a predisposição da candidíase vulvovaginal sendo que o profissional de enfermeiro deve fazer sua parte na prevenção da candidíase, orientando as gestantes

sobre as formas de prevenir esta doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os microorganismos causadores de infecções do trato genital feminino podem determinar desde uma discreta a severa vulvovaginite. Apesar de fazer parte da microbiota vaginal, alguns desses patógenos, como fungo *C. albicans*, se prolifera devido a alterações no trato genital, especialmente no Ph vaginal, que ao torna-se alcalino permite o aumento da sua população provocando a candidíase.

Apesar de não ser uma doença de notificação obrigatória, a candidíase na gestação não pode ser negligenciada, pois apresenta uma elevada incidência entre grávidas, além dos agravos que causa a saúde da mãe e do concepto. Assim, devido a sua importância, os profissionais da saúde devem incluir a candidíase na lista de doenças oportunistas da gestação e traçar estratégias para o seu controle.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo verificou-se que as gestantes não conheciam esta doença, tão pouco foram orientadas sobre o tratamento e as medidas profiláticas definidas pelo Ministério da Saúde, para o controle da candidíase. Estes dados sugerem que as práticas de educação e saúde, imprescindível na atenção primária, não estão sendo realizadas com êxito, podendo esse insucesso ser atribuído, nesta pesquisa, a baixa escolaridade das grávidas, a sua ausência nas consultas do pré- natal e a falta de planejamento do profissional de saúde em lançar estratégias promocionais para sensibilizar essas usuárias sobre a importância do diagnóstico, tratamento e prevenção da doença .

É de grande importância que profissionais de saúde estabeleçam uma relação de confiança com a gestante, onde as informações sobre a infecção por *C. albicans* possam ser assimiladas de forma clara e sem deixar margem para o abandono do tratamento. Para tal, o profissional da saúde deve estar preparado para transmitir os seus conhecimentos oferecendo a paciente segurança e tranquilidade para realização o tratamento e a prevenção contra a candidíase.

Este estudo foi de suma importância, pois através dos resultados, obtidos pode-se perceber que as doenças causadas por microorganismo, como a candidíase são muitas vezes negligenciada na gestação devido a falta de conhecimento e assistência dos profissionais nas Unidades de Saúde da Família, podendo comprometer a saúde do concepto.

R E F E R Ê N C I A S

- ALBUQUERQUE NETO, L. C., et al. Avaliação clínica do ciclo poroxalmina no tratamento da candidíase v. vaginal. **RBM -Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo. V.2, 1994.
- ÁLVARES, C. A., et al. Candidíase vulvovaginal: fatores predisponentes do hospedeiro e virulência das leveduras. **J Bras Patol Med Lab**. v. 43. n. 5. p. 319-327, Outubro 2007.
- BOATTO, H. F., et al. Correlação entre os resultados laboratoriais e os sinais e sintomas clínicos dos pacientes com candidíase vulvovaginal e relevância dos parceiros sexuais na manutenção da infecção em São Paulo, Brasil. **Rev. BrasGinecol Obstet**.2007; 29(2):80-4.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: 1996.
- CHAVES NETTO, H.; SA, R. A. M. **Obstetrícia Básica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- COSTA, Mariana Carvalho et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: Uma síntese de Particularidades. **An Bras Dermatol**. 2010; 85 (6): 767-85.
- FERRAZA, M. H. S.H et al. Caracterização de Leveduras da vagina e sua associação com candidíase vulvovaginal em duas cidades do sul do Brasil. **Rev. Bras Ginecol. Obstet**. 27(2):58-63,2005.
- FREITAS, F., et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- GONDO, D. C. A. F., et al. Enfermagem Alteração de flora vaginal em gestantes de baixo risco, atendidas em serviço público de saúde: prevalência e associação a sintomatologia e achados do exame ginecológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 18 (5):[09 telas] set-out 2010.
- HALBE, H. W. **Tratamento de Ginecologia**. 3.ed.,v.1-2,São Paulo: Roca, 2000.
- HOLANDA, Antônio Arildo Reginaldo de et al . Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, Jan. 2007.
- LOPES, MariaHelena Baena de Moraes. **Enfermagem na saúde da mulher**. Goiânia: AB, 2008.
- MATOS, J.A. et al. **Prevalência e Fatores de Risco Associado a Infecções cérvico vaginais durante a gestação**. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- REZENDE, M. F. **Obstetrícia fundamental**. 11ª edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007.
- RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de janeiro. Guanabara Koogan, 2008.
- TIMBY, B. K.; SMITH,N. E. **Enfermagem medico-cirurgica**. 8 ed. Barueri-SP: Brasileira, 2005.
- TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R. ; CASE,C. L. **Microbiologia**. 8.ed. Porto Alegre: Artmed,2006.
- ZIARRUSTA, G. B. Vulvovaginitescandidiasica. **Rev. Iberoam Micol**. 2002;19:22-4.
- ZIEGEL, E. E. CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2008.

Data de recebimento para publicação: 31.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 11.12.2012.

Dosagem dos Hormônios Tireoestimulante e Tiroxina Livre em Gestantes em Uma Unidade de Saúde da Família¹

Dosage of The Hormones Tireoestimulante (TSH) and Tiroxina Liberates (T₄L) in Pregnant Women of an Family Health Unit

Fernanda Domingos da Silva²
Joana Darke Carvalho Pereira³
Vanessa Passos Brustein⁴

RESUMO: A maioria das disfunções tireoidianas apresentam etiologia auto-imune e normalmente acometem um maior número de mulheres que de homens. Isto é possivelmente justificado pelo fato do sistema imune feminino sofrer ação dos hormônios sexuais, já que as alterações na glândula tireóide feminina são usualmente encontradas tanto na fase reprodutiva quanto na gestação. No presente estudo, objetivou-se investigar o conhecimento das grávidas sobre as disfunções tireoidianas que acometem a gestação e avaliar os níveis séricos dos hormônios tireoestimulante (TSH) e da tiroxina livre (T₄L) no período gestacional. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionário, com 26 gestantes de uma Unidade de Saúde da Família onde foram investigados: dados pessoais das gestantes, dados referentes ao pré-natal e dados sobre os conhecimentos das gestantes acerca do tema pesquisado. Os níveis séricos dos hormônios tireoidianos, TSH e T₄L das gestantes foram dosados utilizando o método ELISA. Com a aplicação do questionário foi observado que as gestantes, mesmo tendo acompanhamento pré-natal, não são informadas sobre essas disfunções, já que todas afirmaram não ter conhecimento das mesmas. Com as dosagens dos hormônios tireoidianos todas as grávidas do estudo apresentaram valores normais de acordo com os valores de referências do kit, entretanto quando comparados com as mulheres não-grávidas (grupo controle) foi evidenciado o início de uma alteração na função tireoidiana das grávidas avaliadas. A realização deste estudo possibilitou constatar a carência de informações das gestantes e que a análise da função tireoidiana é extremamente importante durante a gestação.

UNITERMOS: Glândula Tireóide. Hormônios. Gravidez. ELISA.

ABSTRACT: Most autoimmune etiology has thyroid disease and disorders typically affect more women than men. This is possibly explained by the fact that the female immune system undergo action of sex hormones, since changes in female thyroid gland are usually found both reproductive phase and in pregnancy. This study aimed to investigate the knowledge of pregnant women on the dysfunctions of thyroid origin that affect pregnancy and assess serum levels of tireoestimulante hormones (TSH) and free thyroxine (T₄L) in gestational period. The data were collected through questionnaires with 26 pregnant women of a family health unit (USF) which were investigated: personal data of pregnant women, prenatal-related data and data on the knowledge of pregnant women on the subject researched. Serum levels of thyroid hormones and TSH, T₄L of pregnant women were measured using ELISA method. With the application of the questionnaire was noted that pregnant women, even taking prenatal monitoring, are not informed about these malfunctions, since all claimed to be unaware of them. With the dosages of thyroid hormones all pregnant women in the study had normal values according to the values of the kit references, however when compared to non-pregnant women (control group) was evidenced the beginning of a change in the thyroid function of pregnant women evaluated. This study made it possible to note the lack of information of the pregnant women and analysis of thyroid function is very important during pregnancy.

KEYWORDS: Gland Thyroid. Hormones. Pregnancy. ELISA.

1. Artigo extraído do Trabalho de Conclusão do Curso Bacharelado em Biomedicina.

2. Graduanda em Biomedicina nas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Endereço para correspondência: Rua José Bezerra Veras, Nº 293, Bairro: Centro, CEP:58763-000, Emas, Paraíba, Brasil. E-mail: nandadomingos_159@hotmail.com.

3. Graduanda em Biomedicina nas Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos, Paraíba, Brasil.

4. Doutora em Química, Mestre em Bioquímica, Docente do curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos, Paraíba, Brasil.

INTRODUÇÃO

Na idade reprodutiva e na fase gestacional é comum alterações na glândula tireóide feminina, provavelmente porque os hormônios sexuais femininos agem no sistema imune das mulheres e a maioria das disfunções da tireóide possui caráter etiológico auto-imune, o que justifica a predominância destas patologias em pessoas do sexo feminino (FANTZ et al., 1999).

A gravidez é uma fase que induz o organismo a sofrer mudanças fisiológicas, alterando desta forma a produção hormonal tireoidiana. Em resposta ao estímulo sofrido pelo aumento do metabolismo materno a glândula tireoidiana fabrica uma maior quantidade de hormônio desde o início da gestação até seu término, objetivando compensar a passagem destes hormônios e de iodo para o feto. Para isto, é necessário que o metabolismo enzimático tireoidiano esteja funcionando em perfeita homeodinâmica (PUIG-DOMING; VILA, 2012; ODDIE et al., 1977).

Embora as disfunções tireoidianas como o hipertireoidismo e o hipotireoidismo na gravidez não afetem um grande número de mulheres, o diagnóstico destas patologias é de fundamental importância no período gestacional pelas complicações trazidas por estes, tanto para a mãe quanto para o feto (SMALLRIDGE, 2002).

No pré-natal rotineiro das Unidades de Saúde da Família (USF) não são realizados testes para avaliar a homeodinâmica tireoidiana, o que pode causar prejuízos físicos e psicológicos irreparáveis para o binômio-materno-fetal. O presente estudo objetivou avaliar os níveis séricos dos hormônios tireoestimulante (TSH) e da tiroxina livre (T_4L) no período gestacional de mulheres de uma unidade de saúde da família na cidade de Emas-PB e investigar o conhecimento das grávidas sobre as disfunções tireoidianas que acometem a gestação.

METODOLOGIA

A coleta de dados deu-se com a aplicação de um questionário com as gestantes ($n = 26$), após a realização da consulta pré-natal, contendo 8 perguntas dicotômicas (sim e não) e as variáveis (dados pessoais da gestante, dados referentes a gravidez e ao pré-natal e informações referentes ao conhecimento das grávidas sobre o tema pesquisado). A análise laboratorial dos títulos hormonais de tiroxina livre (T_4L) e do hormônio tireoestimulante (TSH) foi realizada em mulheres não grávidas ($n = 13$) e gestantes ($n = 26$) utilizando o kit de ELISA da *Human Diagnostic*. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o *software* estatístico GraphPad Prism versão 5.00. Para avaliar a significância estatística foi utilizado o Teste de Tukey (Teste de Comparação das Médias), intervalo de confiança a 95% (IC 95%) e o valor de 0,05 para a probabilidade associada aos testes (valor de p).

Este estudo teve sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (anexo) sob o número: 227/2012 e foram obedecidos os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos dados pessoais das gestantes foi verificado um predomínio de mulheres que declararam ter como atividade profissional a agricultura (Figura 1A), o que é justificado, pela referida cidade ter como principal fonte econômica a agropecuária. O fato de 19% das gestantes serem estudantes (Figura 1A) está intrinsecamente ligado a idade cronológica, onde 31% possuem entre 15 e 20 anos de idade (Figura 1B). Quanto ao estado civil foi observado uma predominância de grávidas casadas (Figura 1C) (IBGE, 2012).

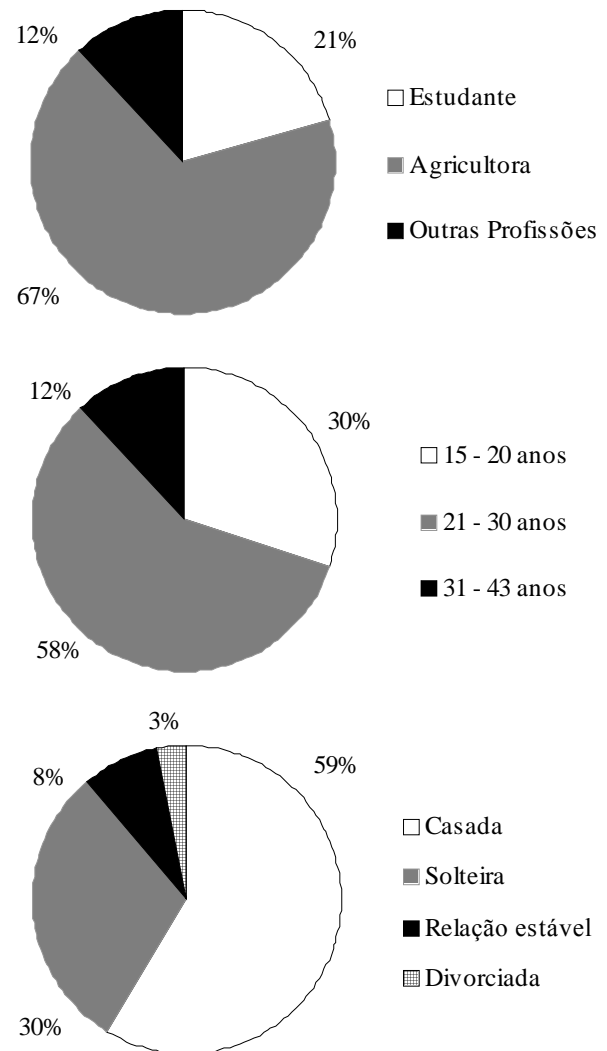


Figura 1- Dados pessoais das gestantes; A) Profissões das grávidas; B) Faixa etária; C) Estado civil.

A Figura 2 apresenta informações referentes ao pré-natal e foi constatado que 50% das grávidas estão na primeira gestação e apenas 19% eram mulheres que haviam tido mais de duas gestações (Figura 2A), o que corrobora com informações do Ministério da Saúde que expõem a queda da fecundidade no Brasil, devido a Política Nacional de Planejamento Familiar que conta, entre outras ações, com a distribuição de contraceptivos nas USF (BRASIL, 2012).

Em relação ao número de consultas pré-natal, 58% das grávidas já fizeram mais de duas (Figura 2B), fato que pode ser explicado pelo tempo gestacional, onde 42% estão no segundo trimestre gestacional e 27% estão no terceiro (Figura 2C).

Quanto aos exames realizados no pré-natal, o estudo mostra que 88,5% fizeram os exames de sangue, considerados mínimos pelo Ministério da Saúde, que são: hemograma, glicose, VDRL e tipagem sanguínea (Figura 2D) e 80,8% fizeram exame de urina (Figura 2E), que também faz parte dos exames obrigatórios realizados pelo pré-natal do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

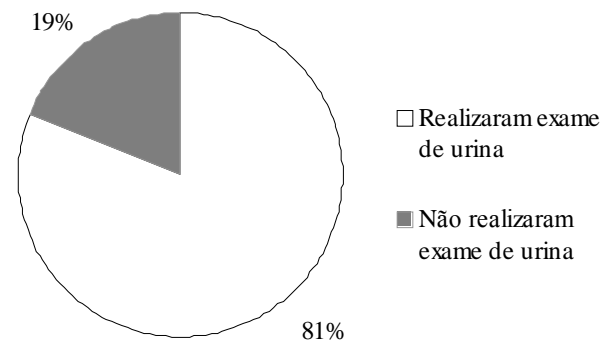
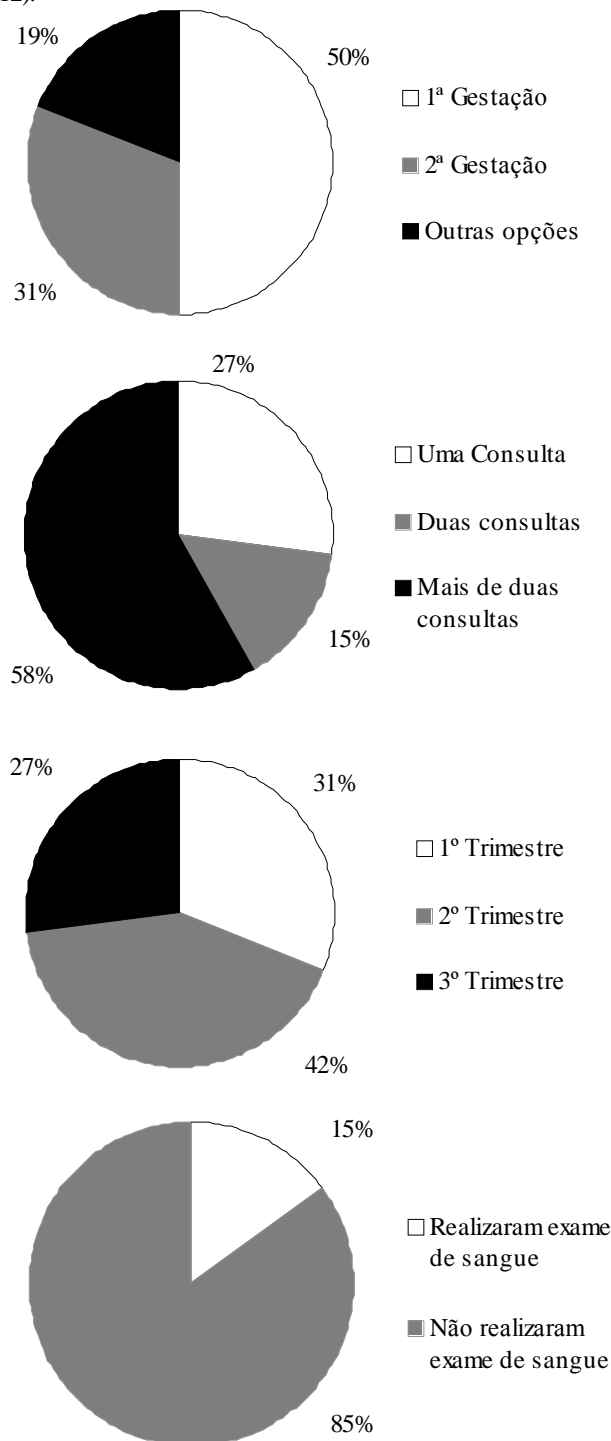


Figura 2 - Dados referentes ao pré-natal das gestantes; A) Número de gestação; B) Número de consultas pré-natal; C) Trimestre gestacional; D) Exame sangue; E) Exame de urina.

No entanto, foi observado que 88,5% das gestantes nunca fizeram exame para avaliar a homeodinâmica da função tireoidiana. Este fato pode ser explicado devido ao alto custo da medicina preventiva, tornando-se inacessível para a maioria destas grávidas, já que a maior parte delas declarou ter como atividade profissional a agricultura. Outro fato que explica a falta de *screening* tireoidiano na maioria dessas gestantes é que disfunções tireoidianas não estão presentes de forma muito incidente na família, pois apenas 23% das grávidas disseram ter familiares que portavam de alguma disfunção na tireóide. Esta baixa incidência pode ser justificada pelo fato de no Brasil o iodo ser adicionado ao sal de cozinha, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (ALMEIDA, 2012, KNOBEL; MEDEIROS-NETO, 2004).

Outro dado importante encontrado foi o nível de desinformação das gestantes a respeito das disfunções na tireóide, onde 100% declararam não ter conhecimento sobre estas disfunções. Este fato pode ser explicado, porque o *screening* tireoidiano não está entre os exames preconizados pelo Ministério da Saúde para as grávidas que realizam o pré-natal na rede pública. Por outro lado, mesmo sem ter conhecimento de causa, a grande maioria (96%) afirmou que seria importante dosar os hormônios tireoidianos na gestação, porém 76,9% disseram que as disfunções hormonais tireoidianas poderiam prejudicar o feto, evidenciando que estas mulheres precisam de mais informações sobre as patologias que podem acometer a gravidez e causar prejuízos para o feto (BRASIL, 2012).

A análise dos valores de TSH obtidos com a dosagem laboratorial demonstrou um leve aumento nestes hormônios nas grávidas em relação aos valores do TSH nas mulheres não grávidas (Figura 3), porém não foi estatisticamente significativo ($p > 0,05$). Isto pode ser justificado pelo fato de 71% das grávidas estarem nos dois últimos trimestres gestacionais, ratificando com a literatura que mostra que depois do primeiro trimestre de gestação os níveis séricos de TSH tendem a aumentar, devido a diminuição dos valores circulantes da gonadotrofina coriônica humana (âhCG). O âhCG quando está em alta concentração no sangue, como no primeiro trimestre de gestação, exerce função semelhante ao TSH, estimulando temporariamente a produção aumentada de T_4 livre, isto faz com que o eixo hipotálamo-hipófise seja inibido e os níveis de TSH

diminuam. Rotineiramente esta estimulação é rápida e transitória por isso normalmente não é detectada (YE; SHI; HUANG, 2001; LEBEAU; MANDEL, 2006; VIEIRA et al., 2004).

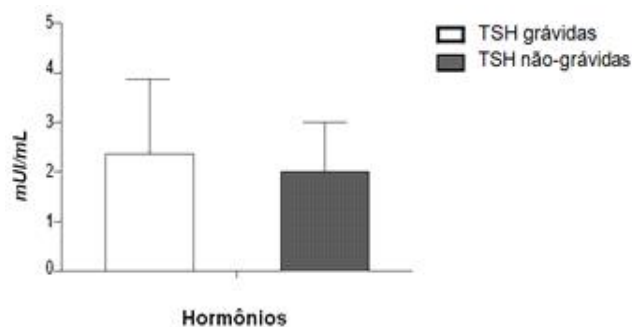


Figura 3 - Dosagem dos níveis séricos do hormônio tireoestimulante (TSH).

Com relação aos níveis séricos de T_4L nas grávidas avaliadas foi evidenciada uma variação mais acentuada nos valores deste hormônio em relação aos valores do T_4L nas mulheres não-grávidas (Figura 4). Neste caso, ficou evidente uma redução nos valores deste hormônio nas gestantes, podendo ser atribuído a necessidade de uma maior disponibilidade destes hormônios na gestação, já que a transferência de tiroxina e iodo via transplacentária da mãe para o feto requer uma maior produção deste hormônio. Para isto, se faz necessário que o metabolismo enzimático tireoídiano esteja funcionando em perfeita homeodinâmica (ODDIE et al., 1977; PUIG-DOMING; VILA, 2012).

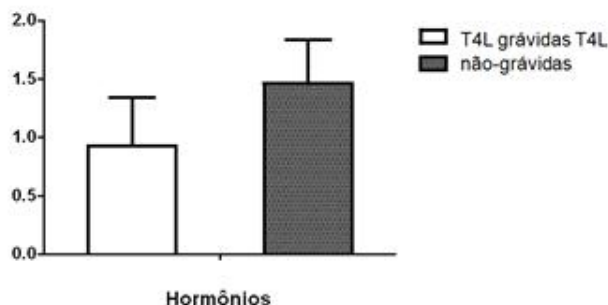


Figura 4 - Dosagem dos níveis séricos do hormônio tiroxina livre (T4L).

Dentro deste contexto, a diminuição deste hormônio nesta amostra pode ser explicada pela falta de conhecimentos destas grávidas a respeito destas disfunções. De repente, elas não estariam aumentando a ingesta diária de iodo como preconiza a OMS e a falta deste halogênio no organismo vai levar a uma menor incorporação deste hormônio causando esta redução nos níveis séricos (SMIT et al., 2000; PUIG-DOMING; VILA, 2012).

Diminuição nos níveis de T_4L é preocupante em qualquer idade gestacional e de forma especial nos dois primeiros trimestres gestacionais, como é o caso da maioria das grávidas deste estudo. Até a 20ª semana de gestação a tireóide do feto não é completamente funcional, necessitando da tiroxina materna e neste período a literatura mostra que a tiroxina tem função fundamental na organogênese fetal e principalmente na formação do sistema nervoso central do feto, o que justifica o comprometimento intelectual de crianças nascidas de mães que foram acometidas por hipofunção da tireóide na gestação (SMALLRIDGE, 2002; PUIG-DOMING; VILA, 2012).

Neste estudo a função tireoídiana materna foi analisada por meio da quantificação de TSH e T_4L . Em conjunto estes hormônios são preconizados para avaliar a homeodinâmica tireoídiana e para acompanhamento de disfunções na glândula. O TSH no hipotireoidismo primário é constantemente alto, por isso é considerado um indicador sensível para avaliar esta disfunção. A dosagem de T_4L é mais indicada que a do T_4 total baseada no fato de que a fração livre é que tem atividade biológica ativa. Acrescentada a isto, exclui possíveis intervenções das flutuações da globulina ligadora de tiroxina existente na gestação (VIEIRA et al., 2004; EKINS, 1990).

Com a realização deste estudo preliminar já foi possível detectar uma diminuição nos níveis séricos de T_4L nas gestantes avaliadas, que mesmo não sendo estatisticamente significativa ($p > 0,05$), vem salientando para a importância de um screening mais profundo da função tireoídiana durante a gestação. Maiores esclarecimentos e educação em saúde para estas mulheres, associada à avaliação dos hormônios da tireóide na gestante evitaria as complicações e os danos acarretados para mãe e feto, através da instituição de uma terapêutica adequada. Neste mesmo contexto, o tratamento destas alterações poderia evitar um insucesso gestacional e os problemas que uma mãe hipotireoideia tem na gestação e no parto, garantindo assim uma melhor qualidade na saúde da gestante e do seu filho.

R E F E R Ê N C I A S

- ALMEIDA, M.. Direito preventivo: uma analogia com a medicina preventiva. **Revista dos Estudantes de Direito da UnB**, Brasília, Vol. 0, N. 4, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.red.unb.br/index.php/redunb/article/view/3177/2773>>. Acesso em: 16 Nov. 2012.
- (BRASIL) MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 10 Nov. 2012.
- (BRASIL) MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-mulher/planejamento-familiar>>. Acesso em: 10 Nov. 2012.
- IBGE 2012, IBGE Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=pb>>. Acesso em: 10 de Nov. de 2012.
- BRENT, G. A. Maternal thyroid function: interpretations of thyroid function tests in pregnancy. **Clinical Obstetrics e Gynecology**, v.40, n.1 p.3-15, 1997.
- CHAN, G. W.; MANDEL, S. J. Therapy insight: management of Graves' disease during pregnancy. **Nature Clinical Practice Endocrinology e Metabolism**, v.3, n.6, p.470-478, 2007.
- EKINS, R. Measurement of Free Hormones in Blood. **Endocrine Reviews**, v.11, n. 1, p 4 5-46, 1990.
- FANTZ, R. C. et al. Thyroid function during pregnancy. **Clinical Chemistry**, v.45, p.2250-8, 1999.

- KNOBEL M, MEDEIROS-NETO G. Moléstias associadas à carência crônica de iodo. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia.**, v. 48, p.53-61, 2004.
- LEBEAU, S.O.; MANDEL, S. J. Thyroid disorders during pregnancy. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, v.35, p.117-36, 2006.
- MACIEL, L. M. Z.; MAGALHÃES, P. K. R. Tireoide e gravidez. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.52, n.7, p.1084-1094, 2008.
- ODDIE, T. H. *et al.* Thyroid function at birth in infants of 30 to 42 weeks' gestation. **The Journal of Pediatrics.**, v.90, n.5, p.803-6, 1977.
- PUIG-DOMINGO M, VILA L. The Implications of Iodine and its supplementation during pregnancy in fetal brain development. **Curr Clin Pharmacol.** 2012 Oct 4, in press.
- SMALLRIDGE, R. C. Hypothyroidism and pregnancy. **Endocrinologist.** v.12, n.5, p.454-64, Sep./Oct.2002.
- SMIT B.J. *et al.* Neurologic development of the newborn and young child in relation to maternal thyroid function. **Acta Paediatr.** 2000;89:291-5.
- VIEIRA, J.G.H. *et al.* Definição de valores normais de tiroxina livre durante a gravidez. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.48, p.305-9, 2004.

Data de recebimento para publicação: 31.10.2012. - Data de aprovação do trabalho: 11.12.2012.

temas em
Saúde

O Manejo do Odor em Feridas Neoplásicas: Uma Revisão Integrativa da Literatura

Management of Odor in Wound Neoplastic: An Integrative Review of the Literature

Glenda Agra¹

Maria Andréa Fernandes²

Indiara Carvalho dos Santos Platel³

Nara Calazans Balbino Barros⁴

Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares⁵

RESUMO: O odor fétido em feridas neoplásicas está associado à infecção ou colonização de bactérias anaeróbias no tecido necrótico formado pela isquemia devido à neovascularização débil. O objetivo deste estudo é caracterizar a produção científica acerca do manejo do odor em feridas neoplásicas em periódicos *online*, no âmbito da Saúde, no período de 2002 a 2012. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados LILACS e SciELO. O descritor “ferida neoplásica” foi usado para a busca de artigos. Os critérios de inclusão do material selecionado foram: publicações entre o período de 2000 a 2012, em língua portuguesa, disponíveis gratuitamente. Para a análise do material empírico optou-se pela técnica de análise de conteúdo. A amostra foi constituída por oito artigos. No que concerne às modalidades de publicação, os oito artigos analisados foram do tipo revisão de literatura. No que se refere ao ano de publicação, foi detectado que em 2002, 2005 e 2007 foram identificadas apenas duas publicações em cada ano respectivamente, e em 2003 e 2004, somente uma publicação, respectivamente. O odor é descrito de acordo com o grau de classificação, que são: I, II e III. O uso do metronidazol não visa à erradicação dos germes causadores do odor. O objetivo do uso da droga é controlar o odor, reduzindo a sua intensidade ou até eliminando-o de forma temporária.

UNITERMOS: Úlcera Cutânea. Neutralizantes de Odores. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: The stench in neoplastic wounds is associated with infection or colonization of anaerobic bacteria in necrotic tissue formed by ischemia due to weak neovascularization. The aim of this study is to characterize the scientific production concerning the management of wound odor neoplastic online journals under the Health in the period 2002-2012. It is an integrative literature review conducted in the databases LILACS and SciELO. The descriptor “neoplastic wound” was used to search for articles. The inclusion criteria were selected media: publications from the period 2000-2012, in Portuguese, are available for free. For the analysis of the empirical material was chosen technique of content analysis. The sample consisted of eight articles. Regarding the manner of publication, the eight items analyzed were the type literature review. Regarding the year of publication, was detected in 2002, 2005 and 2007 were identified only two publications each year respectively, and in 2003 and 2004, only one publication, respectively. The odor is described according to the degree of classification, which are: I, II and III. The use of metronidazole is not intended to eradicate the germs that cause the odor. The purpose of the drug is to control the odor, reducing its intensity or even eliminating it temporarily.

KEYWORDS: Skin Ulcer. Neutralizing Odors. Nursing Care. Oncology Nursing.

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde pela UFPB. Docente da Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande/PB - Brasil. Membro da Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

2. Enfermeira. Mestranda pela UFPB. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

3. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

4. Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Docente da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil.

5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica e Administração - CCS/UFPB. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Fundamentação da Assistência de Enfermagem - GEPFAE. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

INTRODUÇÃO

A ferida neoplásica é um angustiante problema para um número significativo de pacientes com câncer, tanto na fase inicial como no estágio avançado da doença. É denominada ferida neoplásica a quebra na integridade da pele devido à infiltração de células malignas. Diferentes termos são empregados para nomear as feridas neoplásicas: feridas tumorais, malignas ou fungoides (este último termo deve-se ao aspecto de cogumelo ou couve-flor de algumas lesões vegetantes (BRASIL, 2011).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima cerca de 520 mil novos casos da doença para 2012 e 2013. Em 2011, estudos apresentados por esse órgão apontaram sete localizações de câncer que entraram no *ranking* dos tumores mais frequentes no País, destacando-se a bexiga, o ovário, a tireoide (nas mulheres), o sistema nervoso central, o corpo do útero, o linfoma não Hodgkin e a laringe (nos homens). Tais estudos revelam, ainda, que os tipos de câncer mais incidentes nas regiões brasileiras são de pele não melanoma, próstata, mama e pulmão (BRASIL, 2009).

Estima-se que cerca de 5% a 10% dos pacientes oncológicos desenvolvem feridas, seja em decorrência do tumor primário ou de tumores metastáticos. As feridas neoplásicas que acometem a pele constituem mais um agravo na vida do paciente oncológico, pois, progressivamente, desfiguram o corpo e tornam-se friáveis, dolorosas, secretivas e liberam odor fétido (ROCHA et al., 2002; FIRMINO, 2005; MATSUBARA, 2012).

É imperativo ressaltar que os dados acima realçados soam como impacto para a equipe de Enfermagem em cuidados paliativos, pois, no paciente oncológico, há probabilidade de se formarem fístulas e feridas, no final da vida, em decorrência do avanço da doença ou como efeito tardio do tratamento radioterápico (FIRMINO, 2005; YAMASHITA; KURASHIMA, 2012). Essas feridas podem desenvolver úlceras de aspecto visual desagradável, odores intoleráveis, produção de exsudato e sangramento, além de constituir uma deformidade corporal, provocando no paciente distúrbio da autoimagem e desgaste psicológico, o que pode provocar sensação de desamparo, humilhação e isolamento social (FIRMINO, 2005; YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

Em relação aos sintomas decorrentes das feridas neoplásicas, o odor fétido é considerado o mais “castigador”, em decorrência da sensação de enjoamento imputada ao paciente. O odor está associado à infecção ou colonização de bactérias anaeróbias no tecido necrótico formado pela isquemia devido à neovascularização débil, resultante de capilares frágeis e ingurgitados, originados pelo processo de oncogênese, que se rompem ou formam êmbolos bloqueando a irrigação do tumor. As bactérias exalam como produto metabólico final, ácidos voláteis, como o ácido acético, capróico, entre outros, podendo conter também os gases putrescina e cadaverina, resultantes da interação da flora aeróbia e anaeróbia, responsáveis pelo odor fétido presente neste tipo de ferida (MATSUBARA, 2012).

Considerando o enfermeiro como um membro ativo e integrante da equipe de cuidados paliativos e, geralmente, responsável pela realização de curativos, cabe a esse profissional desenvolver competências e habilidades que lhes permitam

conhecer e identificar características das feridas neoplásicas e implementar cuidados específicos relacionados a elas. Nesse sentido, conhecer os critérios para determinar o odor e condutas frente às feridas neoplásicas é um desafio para o enfermeiro.

Nesse íterim, surge a seguinte pergunta: Qual a assistência em cuidados paliativos dada ao paciente portador de ferida neoplásica, no que se refere ao manejo do odor? Tal questionamento configurou o ponto de partida para o desenvolvimento desta pesquisa, considerando-se a grande demanda de pacientes oncológicos com necessidades diversas e a dificuldade de encontrar estudos e/ou materiais didáticos sobre manejo e tratamento do odor em feridas neoplásicas. Com este estudo, pretende-se contribuir para a prática de profissionais que trabalham com pacientes em cuidados paliativos e estimular o interesse da comunidade científica na continuidade de pesquisas nessa área.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é caracterizar o conhecimento descrito, na literatura brasileira, relacionado à assistência em cuidados paliativos com o paciente portador de ferida neoplásica que apresenta odor fétido, considerando-se que são as ações cotidianas decorrentes das necessidades de cuidado que contribuem para o controle dos sintomas dos pacientes.

METODOLOGIA

O método da revisão integrativa da literatura consiste em seis etapas: estabelecer a hipótese ou a pergunta da revisão; selecionar a amostra a ser revista; categorizar e avaliar os estudos; interpretar os resultados e apresentar a revisão ou a síntese do conhecimento (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para selecionar os artigos, foram acessadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), por meio das seguintes palavras-chave: cuidados de enfermagem; cuidados paliativos; úlcera cutânea; enfermagem oncológica e controle do odor em feridas neoplásicas. Assim, foram selecionados artigos que respondessem à questão norteadora estabelecida, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: que versassem sobre cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica; que estivessem indexados nas bases de dados supracitadas; que tivessem sido publicados em português, entre o período de 2002 e 2012 e que os resumos e textos estivessem disponíveis *online*. Foram excluídos os artigos com acesso restrito.

Para selecionar os artigos foi feita leitura dos títulos e dos respectivos resumos, com a finalidade de verificar a pertinência do estudo com a questão norteadora levantada para investigação. Ao final da busca, foram encontradas 14 referências, contudo somente oito se enquadravam nos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Para a extração de dados dos artigos incluídos na revisão integrativa, foi utilizado um instrumento contemplando os itens: identificação do artigo, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, intervenções estudadas e resultados encontrados.

Para a análise do material empírico, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, a partir das seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados. A prática baseada em evidências tem sido uma abordagem adotada no âmbito das pesquisas, envolvendo a definição do problema, a busca criteriosa das evidências disponíveis, a utilização das evidências na prática clínica e por último a avaliação dos resultados obtidos (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005). Com essa premissa, a qualidade das evidências apontadas nas pesquisas tem sido caracterizada de forma hierárquica, tendo como base o desenho metodológico pretendido pelo pesquisador.

Neste estudo, foi adotada a classificação hierárquica das evidências proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos da América, para avaliar a qualidade das evidências encontradas na pesquisa, a qual está dividida em: nível 1 (metanálise de múltiplos estudos controlados), nível 2 (estudo individual com desenho experimental), nível 3 (estudo com desenho quase-experimental); nível 4 (estudo com desenho não-experimental); nível 5 (relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática); nível 6 (opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas), tendo maior força a evidência classificada como de nível 1 e de menor força, a de nível 6 (STETLER et al., 1998).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, foram analisados sete artigos na íntegra, por meio da técnica de análise de conteúdo temática. Quanto à autoria, cinco artigos foram desenvolvidos exclusivamente por enfermeiros; um por enfermeira e médica e um elaborado por enfermeiros e acadêmicos de Enfermagem. Dos artigos analisados, sete foram desenvolvidos em instituição de ensino superior e um em instituição hospitalar.

Quanto ao tipo de revista científica, cinco eram publicações de enfermagem geral e dois de enfermagem oncológica. No que concerne às modalidades de publicação, os setes artigos analisados foram do tipo revisão de literatura, dentre esses um foi extraído de uma Monografia do Curso de Residência em Enfermagem Oncológica e um foi uma sugestão de um protocolo de intervenções de Enfermagem elaborado para guiar a prática assistencial de enfermeiros na confecção de curativos em pacientes portadores de feridas neoplásicas. No que se refere ao ano de publicação, foi detectado que em 2002, 2005 e 2007 foram identificadas apenas duas publicações em cada ano respectivamente, e em 2003 e 2004, somente uma publicação.

Em relação à força de evidências, constatou-se que os sete artigos incluídos na revisão têm nível de evidência 6, ou seja, foram opiniões de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou na opinião de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas (STETLER et al., 1998).

A síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa, encontra-se disposta no quadro 1.

QUADROS - Caracterização dos artigos sobre o manejo do odor em feridas neoplásicas

NOME DO ARTIGO E AUTORES
O controle do odor em feridas tumorais através do uso de metronidazol. FIRMINO, F; ARAÚJO, D.F; SOBREIRO, V.
OBJETIVOS
Conhecer a eficácia do uso do metronidazol no controle do odor das feridas tumorais, através da revisão de literatura; fornecer subsídios que colaborem para a prática de realização dos curativos das feridas tumorais e colaborar com os estudos da Enfermagem Oncológica centrada nos Cuidados Paliativos.
METODOLOGIA
Revisão de literatura
RESULTADOS
*Usar metronidazol gel 0,8% por cinco dias; *Usar solução irrigadora de metronidazol a 1% seguida de aplicação de metronidazol gel 0,75% uma ou duas vezes/dia, devendo o gel ser aplicado completamente sobre a ferida; *Usar metronidazol intravenosa 500mg em solução salina 100ml para irrigação da ferida tumoral.
CONCLUSÕES
O metronidazol pode ser capaz de proporcionar resultados surpreendentes no controle do odor. Pode ser utilizado sobre vários tipos de apresentação, com diferentes concentrações e variadas posologias. Há necessidade de realizar mais estudos com objetivo de confeccionar e validar protocolos de atuação das feridas tumorais.

NOME DO ARTIGO E AUTORES
Feridas malignas - POLETTI, N. A. A. <i>et al.</i>
OBJETIVOS
Realizar uma revisão de literatura sobre feridas malignas cutâneas.
METODOLOGIA
Revisão de literatura
RESULTADOS
*Metronidazol gel ou solução sobre o leito da ferida; *Carvão ativado ou carvão ativado e prata a 0,15%; *Irrigação com hipoclorito de sódio 0,25%; *Se houver sensibilidade ao hipoclorito, deve ser substituído pelo gluconato de clorohexidina 4% emulsão ou solução aquosa a 1%.
CONCLUSÕES
O tratamento não leva à cicatrização da ferida, pois tal depende do câncer primário. A evolução da cicatrização está relacionada à involução da patologia primária, mas mesmo assim é importante o controle dos sintomas para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

NOME DO ARTIGO E AUTORES
Lesões vegetates malignas: diretrizes para o cuidado; SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M.
OBJETIVOS
Descrever as principais características e tratamentos hoje utilizados para lesões vegetantes malignas e contribuir com os profissionais para a melhora do atendimento a esses doentes.
METODOLOGIA
Revisão de literatura
RESULTADOS
*Debridamento: reduz o tecido necrótico, diminuindo a concentração de bactérias; *Metronidazol sistêmico: por via oral ou parenteral; *Metronidazol tópico: forma de gel ou solução preparada (diluição de comprimido em SF0,9% durante 5/dias); *Carvão ativado:
CONCLUSÕES

NOME DO ARTIGO E AUTORES
Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas; GOMES, I.P.; CAMARGO, T.C.
OBJETIVOS
Subsidiar um cuidado de enfermagem qualificado no tratamento de feridas tumorais; identificar evidências efetivas para o controle dos sintomas responsáveis por desconforto e constrangimento do paciente.
METODOLOGIA
Revisão de literatura
RESULTADOS
*Metronidazol: pode ser esmagado e aplicado diretamente no leito da ferida; pode ser usado na forma de solução (500mg em solução salina de 100 ml) para irrigação da lesão 2 x por dia; ou ainda, pode ser aplicado na forma de gel tópico aplicado uma a duas vezes por dia. *Metronidazol por via oral, administrado 400mg 3x ao dia; pode ser utilizado concomitantemente metronidazol tópico; *Carvão ativado e prata 0,15%; *Irrigação com hipoclorito de sódio 0,15%; *Gluconato de clorhexidina 4% emulsão ou solução aquosa 1%.
CONCLUSÕES
Os produtos mais indicados para o controle do odor são metronidazol, sulfadiazina de prata, carvão ativado, hipoclorito de sódio e clorhexidina, no entanto a cicatrização depende do tratamento do câncer de base.

NOME DO ARTIGO E AUTORES
Feridas neoplásicas: estadiamento e controle de sinais e sintomas; FIRMINO, F
OBJETIVOS
Realizar uma busca bibliográfica acerca de feridas neoplásicas, e caracterizá-las em relação ao estadiamento e controle de sintomas.
METODOLOGIA
Revisão de literatura
RESULTADOS
*Odor Grau I: Utilizar hidróxido de alumínio (aplicado topicamente na lesão através de gazes umedecidas); *Odor Grau II: Uso de carvão ativado e/ou antibioticoterapia tópica (metronidazol gel 0,8% ou creme vaginal aplicado diretamente sobre a ferida); *Odor Grau III: Considerar antibioticoterapia sistêmica (metronidazol 250-500mg por 7/15 ou 30 dias) associada ao uso contínuo.
CONCLUSÕES
O controle do odor pelo uso de antibiótico produzido para via sistêmica, porém aplicado por via tópica sobre o leito dessas feridas, é tema controverso, embora tenha se mostrado útil no uso empírico.

NOME DO ARTIGO E AUTORES
Feridas tumorais: cuidados de enfermagem; LEITE, A.C.
OBJETIVOS
Realizar uma revisão de literatura sobre os cuidados de enfermagem relacionados às feridas tumorais.
METODOLOGIA
Revisão de literatura
RESULTADOS
Odor Grau I: Proceder a limpeza com soro fisiológico 0,9% + antissepsia com PVPI ou clorhexidina degermante; *Retirar anti-séptico e manter gazes embebidas com hidróxido de alumínio no leito da ferida. Odor Grau II: Proceder à limpeza + anti-sepsia acima descrita; *Irigar ferida com solução de metronidazol (01 cp 250mg diluído para 250ml de SF0,9%); *Verificar o tecido necrótico endurecido: se houver necessidade, fazer escarotomia e aplicar comprimidos secos e macerados sobre a ferida; A solução pode ser substituída pela pomada vaginal de metronidazol, gel 0,8% ou solução injetável diluída na proporção 1/1; Odor Grau III: Seguir passos acima e considerar a possibilidade de associar o uso de metronidazol sistêmico.
CONCLUSÕES
As feridas tumorais só se cicatrizam mediante tratamento antitumoral, portanto os curativos são realizados para aumentar o conforto do paciente e evitar complicações, como grandes hemorragias, infecções e infestações por larvas.

NOME DO ARTIGO E AUTORES
Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. FIRMINO, F.
OBJETIVOS
Sugerir um protocolo de intervenções de enfermagem para guiar a prática de realização de curativos em pacientes portadores de feridas neoplásicas.
METODOLOGIA
Revisão de literatura
RESULTADOS
Odor Grau I: Proceder à limpeza com SF0,9% + antissepsia com hipoclorito de sódio ou PVPI; depois manter gazes umedecidas com hidróxido de alumínio no leito da ferida ou sulfadiazina de prata e/ou carvão ativado envolto em gaze umedecida com SF0,9%. Ocluir com gaze embebida de vaselina líquida; Odor Grau II: Proceder à limpeza + antissepsia acima; irrigar a ferida com metronidazol (1 cp 250mg diluído para 250 ml de SF0,9%); verificar o tecido necrótico endurecido/; se houver necessidade, fazer escarotomia e aplica comprimidos secos e macerados sobre a ferida ou substituir a solução por pomada vaginal ou gel de metronidazol a 0,8% ou solução injetável na proporção de 1/1 (100ml de droga diluída em 100ml de SF0,9%. Odor Grau III: Considerar emergência dermatológica, seguir passos acima, considerar junto a equipe médica a possibilidade de associar metronidazol sistêmico IV ao uso tópico e posteriormente, com uso sistêmico via oral, mantendo uso tópico.
CONCLUSÕES
O protocolo sugerido procurou oferecer medidas condizentes com a necessidade dos pacientes de feridas tumorais malignas cutâneas numa perspectiva coerente com os princípios da carcinogênese e da palição, enfocando melhora na qualidade de vida que resta a esses pacientes.

NOME DO ARTIGO E AUTORES
Úlceras por pressão, feridas neoplásicas e micose fungoide: reflexões da prática assistencial no Rio de Janeiro. FIRMINO, F.; CARNEIRO, S.
OBJETIVOS
Realizar uma revisão bibliográfica acerca da prática assistencial em úlceras por pressão, feridas neoplásicas e micose fungoide.
METODOLOGIA
Revisão de literatura
RESULTADOS
*Metronidazol tópico, sistêmico e até em ambas as formas de acordo com a severidade.
CONCLUSÕES
O odor se destaca como o sintoma de maior dificuldade de ser controlado, justamente no momento em que o paciente tem perda acentuada de autonomia e necessita do auxílio de outras pessoas, o odor se agrava.

Fonte: Material empírico, 2013

As feridas neoplásicas apresentam odor fétido devido ao tecido necrótico, infecção e exsudato. A necrose e o esfacelo são os produtos finais de um processo isquêmico, decorrentes da apoptose e destruição tissular, levando à formação de odor fétido, o qual é considerado insuportável. Neste sentido, a utilização de algumas substâncias químicas são primordiais para o controle deste sintoma, que é considerado o mais 'castigante' para o paciente oncológico (GUEDES; SILVA; SCHWARTZ, 2011).

Nesta perspectiva, para que o tratamento seja efetivo, se faz mister que o enfermeiro realize a avaliação da ferida, criteriosamente. Para isto, Baker e Haig (1981) e Ashford et al. (1984) desenvolveram escalas de classificação para odor fétido. Alguns artigos incluídos nesta revisão ressaltam esta classificação. No odor grau I, o mau cheiro é sentido ao abrir o curativo; no odor grau II, o mau cheiro é sentido ao se aproximar do paciente, sem abrir o curativo e no odor grau III, o mau cheiro é sentido no ambiente, sem abrir o curativo. É caracteristicamente forte e/ou nauseante (GUEDES; SILVA; SCHWARTZ, 2011).

Os artigos incluídos nesta revisão ressaltaram que o controle do odor requer uso de antissépticos como o hipoclorito de sódio a 0,25%, a clorohexidna a 4%, a solução aquosa a 1% de povidona iodada (PVPI) ou a sulfadiazina de prata e/ou carvão ativado que são indicados para ferida neoplásica com odor grau I. Em detrimento da cicatrização, o uso destes produtos é opção aceitável, uma vez que os mesmos apresentam efeitos citotóxicos causando danos ao tecido viável (FIRMINO, 2005; MATSUBARA, 2012).

Os estudos apontaram que o metronidazol é um derivado imidazólico que atua diretamente no DNA dos micro-organismos, impedindo assim a síntese de enzimas essenciais à sobrevivência do patógeno. Possui grande ação sobre bactérias anaeróbias, por essa razão, é uma droga extremamente útil no controle do odor de feridas neoplásicas, já que a quantidade de germes anaeróbios nessas feridas está intimamente relacionada à gênese do odor (BRASIL, 2011).

É importante ressaltar que o uso do metronidazol não visa à erradicação dos germes causadores do odor. O objetivo do uso da droga é controlar o odor, reduzindo a sua intensidade ou até eliminando-o de forma temporária (BRASIL, 2011).

A experiência clínica demonstra que, após a suspensão da droga, o sinal reaparece ou se intensifica, em prazo variável, de acordo com as características do tumor (localização, tamanho, tipo) e de acordo com características do próprio paciente (BRASIL, 2011).

As apresentações disponíveis do metronidazol para o tratamento paliativo de feridas neoplásicas são: o gel a 0,8% utilizado para uso tópico na pele ou em mucosas vem apresentando excelentes resultados no controle do odor, sem a indução dos efeitos colaterais da terapia sistêmica; o gel vaginal a 10% para uso tópico intravaginal; os comprimidos de 250mg para uso sistêmico e a solução injetável 5mg/ml para uso sistêmico (FIRMINO, 2005; BRASIL, 2011; MATSUBARA, 2012).

As recomendações do uso são: a via tópica deve ser a via preferencial e a apresentação em gel 0,8% é a melhor opção.

Cessando o odor, seu uso deve ser interrompido. Caso haja retorno do odor, considerar a sua reintrodução e se não houver controle adequado, considerar a associação do uso sistêmico (FIRMINO, 2005; BRASIL, 2011; MATSUBARA, 2012).

Já a via sistêmica tem como objetivo acelerar o controle do odor. Deve ser utilizada apenas no controle do odor grau II e III e deve ser utilizada em associação com o uso tópico. Deve ser utilizada por no máximo 14 dias. Após esse prazo, suspender o uso sistêmico e manter o uso tópico até cessar o odor. Se o odor piorar após a suspensão do uso sistêmico, outros ciclos de 14 dias podem ser repetidos, no entanto, é recomendado, sempre que possível, um intervalo mínimo de 21 dias entre os ciclos (FIRMINO, 2005; BRASIL, 2011; MATSUBARA, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente portador de feridas neoplásicas tem sofrimento físico e psicológico adicionais ao diagnóstico de câncer. No entanto, o odor fétido é o sintoma mais lancinante da ferida, pois desencadeia estigma, isolamento social, baixa auto-estima, sensação de enojamento de si, constrangimento entre outros.

Quanto ao controle do odor, está preconizado o uso de metronidazol tópico e/ou sistêmico por ser esta droga mais efetiva frente às bacteróides. A segunda opção para o uso sistêmico é a clindamicina, a ser empregada somente em casos onde o metronidazol não estiver indicado (casos de resistência bacteriana).

O metronidazol pertence ao grupo dos imidazólicos, com indicação primeira para tricomoníase vaginal, porém consolidou-se como droga de opção para o tratamento de infecções por bactérias anaeróbias da espécie bacteróides.

O uso tópico na forma de comprimidos diluídos, solução injetável como solução de irrigação e a geléia vaginal aplicada diretamente na ferida está descrito na literatura porém contraindicado pelo *Food and Drug Administration* (FDA) e desprovido de estudos clínicos que mensurem grau de absorção e/ou resistência bacteriana para o paciente.

Nesse contexto, ressalta-se que os estudos que compunham essa revisão enfatizam que a enfermagem deve proporcionar um cuidado humanizado e singular a pacientes oncológicos, a fim de minimizar desconfortos físicos e problemas sociais, psíquicos e emocionais que podem ser gerados por esta moléstia, tornando-se ainda mais acentuados quando da ocorrência de feridas neoplásicas. Tais ações permeiam a filosofia dos cuidados paliativos, caracterizados por alívio dos sintomas, promoção de conforto e de bem-estar, melhoria dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Na análise dos métodos utilizados nos estudos que integraram esta revisão, foi constatada a autoria de especialistas com base teórica e científica e que propuseram protocolos clínicos de intervenções de enfermagem para o cuidado com o paciente portador de ferida neoplásica, sem, contudo, constituir metodologicamente estudos clínicos, nem representar estudos com nível forte de evidência.

As pesquisadoras concluem que a utilização da revisão integrativa na literatura contribuiu para o alcance dos objetivos propostos neste trabalho. Porém, é preciso realizar outros estudos nessa área, para subsidiar, mais profundamente, o planejamento e as ações de enfermagem, no contexto dos cuidados paliativos direcionados a pacientes oncológicos com feridas.

R E F E R Ê N C I A S

- ASHFORD, R. F. et al. Double-blind Trial of meronidazole in malodorous tumors. *Lancet*, v.2, p.1232-1233, 1984.
- BAKER, P. G.; HAIG, G. Metronidazole in the treatment of chronic pressure sores and ulcers. *The Practitioner*. v.22, n.4, p.569-573, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>. Acesso em: 01 dez 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer INCA. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Série Cuidados Paliativos. 2009. Disponível em <http://www.inca.gov.br> Acesso em: 28 nov 2011.
- FIRMINO, F. Feridas neoplásicas: estadiamento e controle dos sinais e sintomas. **Rev Prática Hospitalar**, v. 4, n. 42, p. 59-62, 2005. Disponível em <http://www.officeeditora.com.br/private/PH/ph42.pdf> Acesso em 28 nov 2011.
- FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Rev Bras Cancerol**. v. 51, n.4, p. 347-59, 2005. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao6.pdf Acesso em 28 nov 2011.
- FIRMINO, F., ARAÚJO, D. F., SOBREIRO, O. O controle do odor em feridas tumorais através do uso de metronidazol. **Rev Prática Hospitalar**, v. 4, n. 24, p. 30-3, 2002. Disponível em <http://www.officeeditora.com.br/private/PH/ph24.pdf> Acesso em 28 nov 2011.
- FIRMINO, F., CARNEIRO, S. Úlceras por pressão, feridas neoplásicas e micose fungoide: reflexões da prática assistencial no Rio de Janeiro. **Rev Prática Hospitalar**, v. 2, n. 50, p. 79-84, 2007. Disponível em: <http://www.officeeditora.com.br/private/PH/ph50/pdfs/mat11-50.pdf> Acesso em 28 nov 2011.
- Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987; 10(1): 1-11.
- GOMES, I. P., CAMARGO, T. C. Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas. **Rev Enferm UERJ**, v. 12, n. 2, p. 211-6, 2004. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a14.pdf> Acesso em 28 nov 2011.
- GUEDES, M. T. S., SILVA, S. P., SCHWARTZ, M. P. Feridas tumorais. In: SILVA, R. C. L. et al. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.
- LEITE, A. C. Feridas tumorais: cuidados de enfermagem. **Rev. Científica do Hospital Central do Exército do Rio de Janeiro**, v. 2, n.

2, p. 36-40, 2007. Disponível em <http://www.hce.eb.mil.br/rev/rev2007/feridastumorais.pdf> Acesso em 28 nov 2011.

MATSUBARA, M. G. S. **Feridas neoplásicas**. In: MATSUBARA, M. G. S. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar, 2012.

MELNYK BM, FINEOUT-OVERHOLT E. Making the case for evidence based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. C. P., GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev Texto e Contexto**, v.17, n.4, p. 758-64, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf> Acesso em 28 nov 2011.

POLETTI, N. A. A. et al. Feridas malignas: uma revisão de literatura. **Rev Bras Cancerol**. v. 48, n. 3, p. 411-17, 2002. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/revisao2.pdf Acesso em 28 nov 2011.

ROCHA, F. P. et al. Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas. **Rev Saúde Pública**. v.36, n.1, p. 101-6, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n1/8123.pdf> Acesso em 28 nov 2011.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M. Lesões vegetantes malignas: diretrizes para o cuidado. **Rev O mundo da saúde**. v, 27, n.1, p.124-32, 2003.

Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, Giuliano K, Havener K, Sheridan EA. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res* 1998; 11(4): 195-206.

YAMASHITA, C. C., KURASHIMA, A. Y. **Feridas em pacientes de cuidados paliativos**. In: MATSUBARA, M. G. S. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar, 2012.

Data de recebimento para publicação: 13.11.2012. - Data de aprovação do trabalho: 11.12.2012.

temas em
saúde

Conhecimento de Usuários da Estratégia Saúde da Família Acerca do Câncer de pênis

User knowledge of the Family Health Strategy About Penis Cancer

Miguel Jacksandro Rodrigues dos Santos¹

Raquel Campos Medeiros²

José de Arimatéia Maria³

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros⁴

RESUMO: O câncer de pênis é uma patologia rara, tem maior incidência entre homens com idades avançadas, podendo acometer jovens, está relacionado a baixas condições socioeconômicas e de instrução, higiene íntima precária e homens com fimose, que não submeteram-se a circuncisão. Estudos sugerem associação ao vírus HPV. No Brasil, representa 2% de todos os cânceres que no homem, é mais frequente nas regiões Norte e Nordeste. Acarreta grande morbidade, tanto pela doença quanto pelo tratamento, que consiste principalmente na amputação do órgão. Este estudo foi do tipo exploratório com abordagem quantitativa, objetivando investigar o conhecimento que os homens têm sobre o câncer de pênis, desenvolvido em uma USF da cidade de Patos-PB, através de entrevista com 41 homens que concordaram participar. Os resultados mostrou na amostra destaque a faixa etária de 17 a 46 anos correspondente a 56%; sendo que 54% deles consideraram-se pardos, 34% têm histórico familiar de câncer; 59% dos entrevistados eram solteiros; possuindo grau de instrução ensino médio (51%); 85% estão em vida sexual ativa; quanto ao conhecimento sobre câncer de pênis 68% afirmam não conhecê-lo; 93% dos entrevistados não tiveram informações sobre este câncer ou autoexame do pênis; a maioria 78%, não conhece nenhum fator de risco; 98% dizem realizar a higiene genital; quanto a DST's 88% nunca foram acometidos, porém 5% não responderam ao questionamento; 78% dos homens não têm conhecimento de como prevenir-se deste câncer. Baseado nessas informações evidencia-se a necessidade de campanhas preventivas ligadas ao programa nacional de saúde do homem, semelhantes as realizadas sobre os cânceres de mama, colo uterino e próstata, nas regiões de maior ocorrência desse agravo.

UNITERMOS: Câncer de Pênis. Prevenção. Conhecimento.

ABSTRACT: *The penis cancer is a scarce pathology. It's more occurrence in mans of advanced age; it's can assail youngs, it's related slow socio economic conditions and man's fimose that not undergo the removal of foreskin. Studies insinuate guild with the VPH virus. In Brazil, represent 2 % all cancers types impacts mans, more frequent in regions North and North-East. It's bringing on great morbidity. As much illness as treatment consist mainly organ amputation. This study was just like exploratory with treatment quantitative. Intent the man's knowledge about penis cancer, developed in Paraíba, Patos, UPS through interview with 41 mans. They agreed join. The findings show us a sampling just out the age group of 17-46 years old. This correspond 56%. 54% is buing dusk; 34% have cancer in familiar chart; 59% were singles and were Secondary School (51 %). 85 % were a active sexual life; As for knowledge about penis cancer, 68 % doesn't declare know it. 93 % was interviewee doesn't have informations about this cancer or self-examination; Most 78 % mans don't know neither risk factor; 98 % says through with hygiene private parts; 88% never sthiken about STD's, but 5 % doesn't knowledge about cancer prevent it. Based on informations become evident necessity of prevents campaigns related of man's health National Program like female breast cancer, cervix cancer and prostate cancer in regions of more incidence.*

KEYWORDS: *Penis Cancer. Prevent. Knowledge.*

1. Acadêmico do 9º período dos curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Endereço: Rua Vereador Paulo Batista Modesto, nº 61, Centro, Araripina - PE. Tel: (87) 9123-6911/ (87) 9941-7713. Email: miguelzim89@hotmail.com.

2. Professora do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Cruzeiro do Sul - UNICSUL.

3. Professor Especialista das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

4. Professor Especialista das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

O câncer de pênis é um tumor raro, com maior incidência em homens a partir dos 50 anos, embora possa atingir também os mais jovens. Está relacionado às baixas condições socioeconômicas e de instrução, má higiene íntima e homens que não se submeteram à circuncisão (remoção do prepúcio, pele que reveste a glândula a “cabeça” do pênis). Estudos científicos também sugerem, associação entre infecção pelo HPV (papilomavírus humano) e o câncer de pênis. No Brasil, esse tipo de tumor representa 2% de todos os tipos de câncer que atingem o homem, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste (INCA, 2011).

São considerados os principais fatores de risco para câncer de pênis: a má higiene peniana, a retenção de esmegma e a fimose a fimose predispõe à retenção de células descamativas e resíduos da urina (esmegma), que podem causar irritação crônica com ou sem infecção bacteriana da glândula ou do prepúcio. A grande maioria dos pacientes com carcinoma de pênis possui fimose. Outros fatores de risco incluem número de parceiros sexuais e preexistência de doenças sexualmente transmissíveis, grande parte dos fatores de risco está associada à infecção por HPV (CARVALHO, *et al.*, 2011).

O diagnóstico precoce possibilita uma redução da taxa de morbidade pelo câncer de pênis, possibilitando assim tratamentos menos agressivos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos homens acometidos. Capacitar os médicos para o reconhecimento precoce deste tipo de câncer e, por outro lado, alertar a população leiga, certamente poderá melhorar o cenário negativo que existe diante desta neoplasia (WANICK, *et al.*, 2011).

O tratamento do câncer de pênis é baseado na extensão do tumor primário e na sua classificação, após análise histopatológica a partir da biópsia da lesão. A partir do momento em que o diagnóstico do tecido é confirmado, os tumores superficiais pequenos podem, com sucesso, ser tratados por meio de excisão cirúrgica local, quimioterapia, cirurgia a laser ou terapia de radiação superficial. O mais comumente utilizado diante desta neoplasia, é a cirurgia convencional para carcinoma peniano, que envolve penectomia parcial ou total (radical) com margem de segurança de 2 cm. Ambas conseguem controle local adequado, mas acarretam uma alta morbidade psicossocial (REIS, *et al.*, 2010; CARVALHO, *et al.*, 2011).

O câncer peniano vem a acarretar grande morbidade, tanto pela doença em si quanto pelo tratamento, que inclui a amputação parcial ou total do órgão. A taxa de mortalidade relacionada a esta neoplasia varia de 26 a 41%. Essa abordagem é realizada no Brasil em 60% dos casos, representando a alta morbidade acompanhada pelo diagnóstico de câncer de pênis em nosso meio (WANICK, *et al.*, 2011).

Diante do exposto pode-se questionar: Qual o conhecimento do usuário da ESF sobre o câncer de pênis? O tema foi escolhido pelo fato do aumento dos casos de homens com câncer de pênis, principalmente na região nordeste, fato que ocorre pela falta de informação, muitas vezes pelo preconceito e machismo dos homens, sabendo-se da importância da enfermagem na prevenção desse agravo este estudo terá

grande importância, pois poderá ajudar no conhecimento teórico-prático. Nesta pesquisa objetivamos: Investigar o conhecimento que os homens têm sobre o câncer de pênis.

MATERIAIS E METODOS

Um estudo do tipo exploratório com abordagem quantitativa. A coleta de dados se deu na USF Vila Mariana, localizada no município de Patos-PB. O período de realização da pesquisa foi o mês de agosto de 2012. A população-alvo foi composta por aproximadamente 75 homens, de onde foi escolhida uma amostra de 41 usuários, com idades entre 17 e 66 anos, que se encontravam no local no momento da coleta; homens sem histórico familiar e pessoal de câncer de pênis, que aceitaram participar do estudo, após esclarecimento dos seus objetivos e dos procedimentos metodológicos. Foram excluídos da pesquisa homens que se recusaram a participar da mesma.

A pesquisa foi realizada mediante técnica de entrevista semi-estruturada, a partir de um questionário com perguntas relacionadas aos objetivos da pesquisa. A coleta de dados foi feita após aprovação do comitê de ética das Faculdades Integradas de Patos - FIP sob o protocolo 172/2012. A mesma foi norteada pela Resolução N° 196 de 10 de Setembro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que diz respeito à normatização da pesquisa em seres humanos assegurando aos participantes do estudo informações acerca dos objetivos e desenvolvimento do mesmo, o anonimato, o respeito e o sigilo em relação as informações fornecidas; a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer fase da pesquisa. Para isso, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E os dados foram analisados através de gráficos e tabela e de acordo com a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa foi composta por, 41 homens com faixa etária entre 17 a 66 anos de idade, que foram distribuídos da seguinte forma: 29% (12) tinham idade entre 17 e 26 anos; 27% (11) destes estavam com idade entre 27 e 36 anos; já 22% (09) tinham entre 37 e 46 anos de idade; 15% (6) da amostra estavam entre 47 e 56 anos; o restante correspondente a 7% (03) tinha idades entre 57 e 66 anos.

Observamos a prevalência de idades relativamente baixas, menor que a faixa etária de maior incidência da patologia do estudo, que é entre as 6ª e 7ª década de vida, tendo vista que o objetivo do estudo é analisar o conhecimento e acesso as informações sobre a prevenção de tal agravo, é importante a participação desses homens, pois a partir de estudos como este pode-se vir a trabalhar este problema desde a infância ou adolescência.

No entanto, Reis et al (2010), nos diz que, indivíduos jovens também podem ser afetados, uma vez que aproximadamente 22% dos casos são registrados em pacientes com idades inferiores a quarenta anos. A doença acomete indivíduos de baixo nível social, com maus hábitos

Quanto ao estado civil observamos a prevalência de homens solteiros que correspondem a 59% (24), os casados

corresponderam a 37% (15), já homens separados e viúvos corresponderam a 2% (01).

Na avaliação do estado civil observou-se uma predominância dos homens solteiros, o que não é comum, pois culturalmente os homens mais jovens associam uma visita a unidade de saúde com incapacidade. Percebemos quantidade satisfatória de homens casados que procuram o serviço de saúde, esta parcela representa os homens que são incentivados pelas parceiras, que ao realizar consultas e exames preventivos, servem de exemplo e influência para que estes procurem a unidade de saúde. Neste sentido, Paula et al, (2005) mostrou que homens casados ou previamente casados identificam o câncer de pênis em estágios iniciais mais freqüentemente que os solteiros.

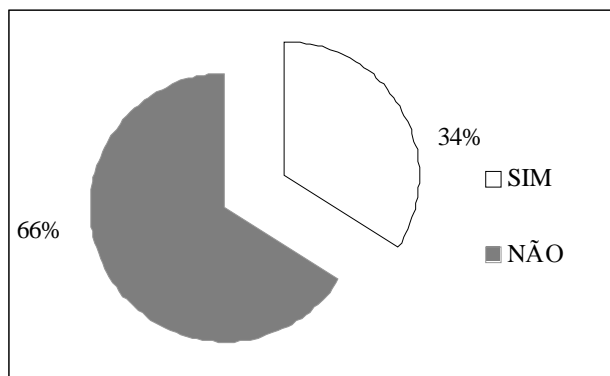
Os dados obtidos quanto a escolaridade da amostra, nos mostram que os homens entrevistados tinham nível de instrução satisfatório sendo que apenas uma minoria 5% (02), não tinha escolaridade; já o restante se distribuíram da seguinte forma: 22% (09), não concluíram e outros 3% (01), concluíram o ensino fundamental; quanto ao ensino médio vimos que 5% (02), não concluiu e a maior predominância foi dos que 51% (21), atingiram este nível de escolaridade; já os que tem o nível superior completo e incompleto corresponderam a 7% (03), dos entrevistados cada um.

Segundo Souza et al, (2011), nos falam que as estratégias de prevenção do câncer de pênis relacionam-se diretamente às questões socioeconômicas, principalmente à educação, as quais podem ser determinantes de inúmeras doenças refletindo na saúde da população.

Foi observado neste estudo que, 39% (16), dos entrevistados se consideram de raça/cor branca; 54% (22) pardos e os 7% (03) restantes se autodeclararam negros.

De acordo com Paula et al, (2005), em estudo realizado pelos Programa Nacional de Registro de Câncer dos EUA, revelou uma incidência média de 0,7 casos novos por 100.000 homens em 2001, sendo 0,8 para brancos, 0,5 para negros e 0,7 para hispânicos. Relatórios adicionais, todavia divulgaram uma tendência de maior incidência na raça negra, na proporção de 2:1. Por outro lado, existe uma preponderância de casos avançados entre jovens afro-americanos, resultando em maior mortalidade naquele grupo. 4.2 Dados relacionados a pesquisa

Gráfico 1 - Relacionado a distribuição da amostra quanto ao histórico familiar de câncer.



Fonte: Base de dados do autor.

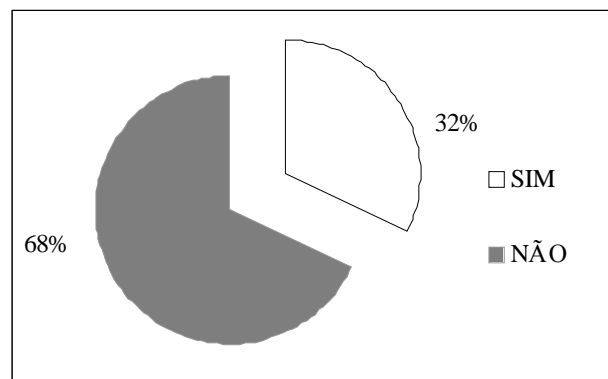
A respeito do histórico familiar de câncer em geral, notamos que 34% (14) dos entrevistados relataram que parentes próximos já foram acometidos pelo agravo, no entanto não houve relatos de histórico de câncer peniano entre os entrevistados; já outros 66% (27), da amostra relatam não ter histórico de câncer na família. Sabe-se que o histórico familiar de câncer está associado aos fatores de risco para o aparecimento de qualquer neoplasia.

De acordo com o INCA (2011), são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese. Alguns tipos de parecem ter um forte componente familiar embora não se possa afastar a hipótese de exposição de membros da família a uma causa comum.

Segundo o Instituto do Câncer do estado de São Paulo (2012), o câncer é uma doença causada por alterações em algumas funções dos genes, que são estruturas dentro das células responsáveis por definir todas as características de um ser humano, como a cor do cabelo e dos olhos. A maioria das pessoas nasce com genes normais. Ao longo da vida, por alguma razão, essas estruturas podem se modificar tornando-se defeituosas. Quanto mais tempo se vive maior é a quantidade de alterações que podem levar ao aparecimento do câncer. Em alguns casos, um gene alterado pode ser passado para o feto durante a gravidez. Neste caso, o ao nascer o bebê carrega consigo maior risco de desenvolver um câncer. Porém, a maior parte dos cânceres não é hereditária, isto é, não é transmitida de pais para filhos.

As famílias que possuem algum membro acometido por câncer devem ser instruídas quanto à possibilidade desse ser herdado e sobre a realização de um diagnóstico precoce, motivando a menor morbi-mortalidade na família e a melhoria da qualidade de vida (DANTAS et al., 2009).

Gráfico 2: Relacionado ao conhecimento dos homens sobre o câncer de pênis.



Fonte: Base de dados do autor.

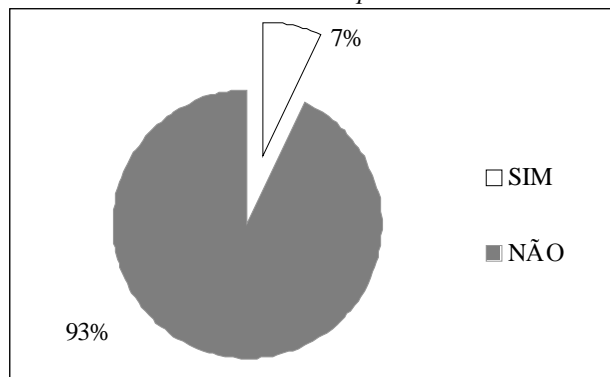
Os dados do gráfico 3 nos mostram que, quando perguntados se tinham conhecimento da existência do câncer peniano, a grande maioria, 68% (28) da amostra, afirmaram não ter conhecimento de tal patologia, mostrando-se espantados e surpresos; já 20% (13) afirmam já terem conhecimento da existência de tal agravo.

Devido a raridade e pela sua baixa incidência no nosso país, a falta de divulgação das autoridades de saúde e poucas

publicações relacionadas ao assunto, essa enfermidade é de pouco ou nenhum conhecimento da população.

Em julho de 2009, durante a segunda campanha nacional de Esclarecimento sobre o Câncer de Pênis, realizada pela Sociedade Brasileira de Urologia - SBU, que igualmente a primeira realizada em 2007, Zico que foi o padrinho da campanha, relata a importância da visita ao urologista, dizendo que faz exames preventivos periodicamente. “O que existe é desinformação. A gente sabe que há câncer de vários tipos e não do câncer de pênis. Muita gente se assustou quando fiz a campanha em 2007”, disse o craque (SBU, 2009).

Gráfico 3 - Relacionado as informações passadas pelo enfermeiro ou médico da unidade sobre o câncer e o autoexame do pênis.



Fonte: Base de dados do autor.

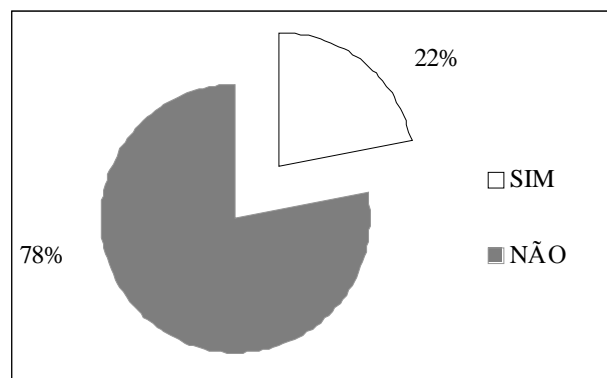
De acordo com o gráfico 3, 93% (38) dos homens afirmaram nunca terem sido informados sobre o câncer de pênis ou o auto-exame; a pequena parcela de 7% (03) afirmam já ter sido informada sobre a existência do câncer de pênis e/ou sobre o auto-exame, fundamental para o diagnóstico precoce.

O autoexame é fundamental no diagnóstico e prevenção precoce do câncer peniano, pois é através dele que os homens ao observar alterações no órgão genital, poderão buscar ajuda de profissionais e assim proporcionar o tratamento precoce, dessa forma deve ser introduzido na atenção à saúde do homem.

Nesse sentido, configura-se relevante que, ao menos a partir da adolescência, os jovens sejam incentivados ao auto-exame, sendo orientados a observar, sobretudo: presença de nódulo, endurecimento ou inchaço, o qual pode ser acompanhado ou não de dor. Outras alterações também devem ser observadas, tais como: assimetria; alteração na pele local, as quais podem representar o crescimento local do tumor (SOUZA *et al.*, 2011).

No que se refere à atuação na prevenção primária, as enfermeiras são vistas pela população e pelas autoridades públicas em câncer como líderes nesse tipo de ação ao informar e educar a população, ao avaliar indivíduos, ao identificar grupos de risco para a doença e ao sugerir intervenções que modifiquem comportamentos de risco (MENEZES *et al.*, 2007)

Gráfico 4: Relacionado ao conhecimento dos fatores de risco ao câncer de pênis.



Fonte: Base de dados do autor.

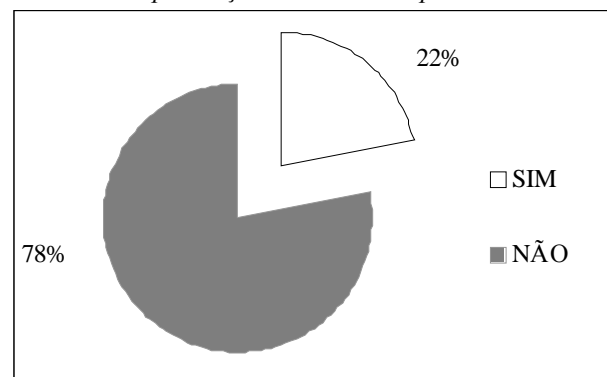
No que diz respeito ao conhecimento dos homens sobre os fatores de risco para o câncer peniano, 22% (09) da amostra entrevistada diz conhecer algum desses fatores; já 78% (32) dos homens entrevistados dizem não ter conhecimento sobre tais fatores. Desta forma os homens muitas vezes são expostos aos fatores de risco sem ter noção disso e de que esses fatores podem desencadear o câncer peniano o que podem levá-los a perder o órgão genital.

Nesse caso a falta de ações educativas e de divulgação relacionadas a esta patologia, tornando-a pouco conhecida pela população masculina, faz também com que maneiras de desenvolvimento não sejam de conhecimento da população, assim geralmente os homens não sabem como prevenir-se e dessa forma tornam-se suscetíveis a desenvolver o câncer de pênis.

Conforme Paula et al, (2005), dentre outros fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de câncer de pênis incluem o tabagismo, o número elevado de parceiros sexuais, que aumentam o risco de infecção pelo HPV, além da história de escoriações penianas repetidas. Outros autores estabelecem que a ausência ou precária higiene, decorrente ou não de fimose, seja o principal fator

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (2012), o principal tipo histológico de câncer peniano é o carcinoma de células escamosas e relacionado à irritação crônica por má higiene, fimose e doenças sexualmente transmissíveis, como o HPV.

Gráfico 5 - Relacionado ao conhecimento das formas de prevenção do câncer de pênis



Fonte: Base de dados do autor.

Analisando o gráfico 8, percebemos que na grande maioria dos homens entrevistados correspondente a 78% (32), não têm conhecimento, sobre as formas de prevenção do câncer de pênis, sendo que 22% (09) tem o conhecimento de alguma forma que possa vir a prevenir este agravo a saúde do homem.

Devido a pouca divulgação do câncer de pênis, negligência por parte das autoridades e profissionais de saúde, as formas de prevenção do câncer de pênis são de pouco conhecimento dos usuários da atenção básica, dessa forma por se tratar de uma patologia que acomete o órgão genital, os homens que dizem conhecer formas de prevenção ligam sempre a prevenção somente ao uso do preservativo, desconhecendo assim outros meios de prevenir tal agravo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (2012), a prevenção do tumor é realizada facilmente com a educação da população, com o cuidado de higiene, uso de preservativo nas relações sexuais para se evitar o HPV e a cirurgia de fimose ou exuberância de prepúcio na puberdade.

Souza *et al.*, (2011), relatam que a ação educativa para a prevenção desses tipos de cânceres, uma das que compõem as ações básicas de saúde, deve ser entendida como compromisso profissional com a qualidade de vida da população e como um compromisso de qualidade no atendimento reiterando a autonomia do paciente no seu autocuidado. A educação deve ser vista não apenas como uma atividade a mais, que se desenvolve nos serviços de saúde, mas como uma ação que reorienta a globalidade das práticas dos profissionais nas unidades de saúde. De acordo com Souza *et al.* (2011), quanto a ação educativa para a prevenção desses tipos de cânceres, uma das que compõem as ações básicas de saúde, deve ser entendida como compromisso profissional com a qualidade de vida da população e como um compromisso de qualidade no atendimento reiterando a autonomia do paciente no seu autocuidado. A educação deve ser vista não apenas como uma atividade a mais, que se desenvolve nos serviços de saúde, mas como uma ação que reorienta a globalidade das práticas dos profissionais nas

Unidades de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou analisar o conhecimento da população masculina, sobre o câncer de pênis enfatizando seus fatores de risco e prevenção. Nos dados coletados observamos que a maioria dos sujeitos da pesquisa demonstraram ter pouco ou nenhum conhecimento sobre tal câncer, devido a falta de políticas públicas na área da saúde ligadas ao tema, os homens não adquirem o devido conhecimento sobre a patologia. Durante o estudo observamos que, sempre existe certa ignorância ligada a prevenção e os fatores de risco do tema, visto que muitos não sabem a que se associa o aparecimento do carcinoma peniano, gerando na maioria das vezes surpresa diante de informações básicas sobre a doença.

Por este câncer está diretamente ligado a condições de socioeconômicas desfavoráveis e higienização precária, é importante ressaltar a importância dos profissionais de saúde nas informações aos menos desfavorecidos, sobre a correta higiene, causando assim uma quebra no ciclo biológico do avanço do câncer de pênis.

Torna-se evidente a necessidade de campanhas de prevenção ligadas ao programa nacional de saúde do homem, existente desde 2008, semelhantes as realizadas sobre os cânceres de mama, colo de útero e próstata, nas áreas e regiões de maior ocorrência desse agravo, sobre a importância da realização periódica dos exames para detecção de alterações precocemente e do auto-exame do pênis, aumentando a chance de cura e prevenindo este câncer.

A literatura sobre o tema é escassa e pouco divulgada, fato que despertou real interesse em estudá-lo, assim contribuindo para o maior conhecimento profissional e populacional a respeito do câncer de pênis, e assim os homens possam prevenir-se com a realização do autoexame, melhorando assim a saúde e a qualidade de vida dos mesmos.

R E F E R Ê N C I A S

- CARVALHO, J. J. M. *et al.* Câncer de Pênis em Jovem de 23 Anos Associado a Infecção por HPV-62 - Relato de Caso. **J bras Doenças Sex Transm**, v. 23, n. 1, 2011.
- DANTAS E. L. R. *et al.* Genética do Câncer Hereditário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 3, 2009.
- Instituto do Câncer do estado de São Paulo - ICESP. **Câncer e Hereditariedade**. Disponível em: < <http://www.icesp.org.br/Pacientes-e-Acompanhantes/Sobre-o-C%C3%A2ncer/Saiba-Mais/C%C3%A2ncer-e-Hereditariedade/> >. Acesso em: 29/08/2012
- Instituto nacional do câncer - INCA. **Câncer da pênis**. Consenso Rio de Janeiro: INCA, 2011 a.
- PAULA, A. A. P. *et al.* Carcinoma epidermóide do pênis: considerações epidemiológicas, histopatológicas, influência viral e tratamento cirúrgico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, 2005.
- REIS, A. A. S. *et al.* Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, 2010.
- Sociedade Brasileira de Urologia - SBU. **Câncer de pênis**. Disponível em: < <http://www.sbu.org.br/publico/?doencas-urologicas&p=373> >. Acesso em: 29 de agosto de 2012
- _____. **SBU realiza estudo inédito sobre câncer de pênis no mundo e promove campanha**. Atualizado: 27/07/2009. Disponível em: < <http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=58&id=1657&menu=2> >. Acesso em: 29 de agosto de 2012.
- SOUZA, K. W. *et al.* Estratégias de prevenção para câncer de testículo e pênis: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, 2011.
- WANICK, F. B. F. *et al.* Carcinoma epidermóide do pênis: estudo clínico-patológico de 34 casos. **An Bras Dermatol.**, v. 86, n. 6, 2011.

Data de recebimento para publicação: 13.11.2012. - Data de aprovação do trabalho: 09.01.2013.

Assistência de Enfermagem ao Paciente Portador de Diabetes Tipo 2

Nursing care to Patient with Type 2 Diabetes

Rosângela Dantas Marques Rodrigues¹

Raquel Campos de Medeiros²

Hellen Maria Gomes Araújo de Souza³

Tarciana Sampaio Costa⁴

RESUMO: Diabetes Mellitus constitui um sério problema de saúde pública da atualidade. Nas últimas décadas tem se observado um rápido aumento na incidência dessa morbidade mundial. O objetivo proposto foi investigar se os portadores de diabetes recebem assistência de enfermagem. Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo com uma abordagem quantitativa, a população do presente estudo foi composta por 40 pessoas e a amostragem foi de 20 portadores, foi utilizado um questionário contendo perguntas objetivas e subjetivas, a análise dos dados quantitativos foi através da estatística simples e expostos por meio de tabelas e gráficos, os dados qualitativos foi por meio de quadros. Os resultados encontrados foi 75% da amostra são do sexo feminino, 45% possui idade entre 60 a 70, 70% ensino fundamental incompleto, 60% são casados. 90% recebeu acompanhamento pelo programa Hiperdia, 75% dos entrevistados afirmam que assistência de enfermagem é boa, 75% receberam informações sobre as complicações da diabetes e 90% não desencadeou nenhuma complicação. Portanto o presente buscou esclarecer a importância da prevenção das complicações da diabetes, bem como a conscientização do controle da glicemia, a reeducação alimentar e a prática de uma atividade física. Ficando exposto, desta forma, as premissas do acolhimento de enfermagem quando baseados na promoção, prevenção e reabilitação em saúde, são feitos de forma humanizadas podemos oferecer uma assistência de qualidade.

UNITERMOS: Assistência de Enfermagem. Pacientes. Diabetes Tipo 2.

ABSTRACT: Diabetes Mellitus consists of a serious public health problem nowadays. In the last decades it's being observed a fast increase in the incidence of this world wide morbidity. The proposal objective was investigate if the diabetes patients receive nurse assistance. It's a study of descriptive exploratory kind with a quanti-qualitative approach, the population of the present study was composed of forty people and the sample was twenty diabetes patients, a questionnaire was made with objective and subjective questions. The quantitative data analyses was made through simple statistic and exposed in tables and graphycs, the quantitative data was exposed in tables. The results found were: 75% of the sample is female, 45% is bet ween 60 and 70 years old, 70% has incomplete elementary school, 60% is married, 65% is diabetes patient for more than five years, 90% was accompanied by Hiperdia program, 60% has controlled glycemia, 75% doesn't do insulintherapy, 100% received information about the treatment of diabetes mellitus, 75% of the interviewed affirm that the nurse assistance is good, 75% received information over diabetes complications and 90% doesn't present any complication. Therefore, the present work wanted to clarify the importance of preventing diabetes complications, as well as the conscience of glycemia control, the feed reeducation and the practice of physical activity. Being exposed, this way, the premisses of nurse reception when based on promotion, prevention and rehabilitation in health, they're made in a humanized way, we can offer a good quality assistance.

KEYWORDS: Nurse Assistace. Patients. Type 2 Diabetes.

1. Discente do Curso de Enfermagem das FIP.

2. Enfermeira. Mestre das FIP.

3. Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelas FIP.

4. Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Faculdade Integradas de Medicina ABC Paulista.

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) constitui um dos mais sérios problemas de saúde pública da atualidade. Nas últimas décadas tem se observado um rápido aumento na incidência dessa morbidade em todo o mundo. Dos 171 milhões de pessoas acometidas pela doença em 2000, projeções indicam que alcançará 366 milhões em 2030, o que é corroborando com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde a prevalência global estimada de DM de 2,8% em 2000 será de 4,4% em 2030 (FIGUEIREDO; MODESTO-FILHO, 2009).

Diante da importância da atividade educativa no que tange ao controle e prevenção do diabetes mellitus, bem como a vivência. Durante os estágios extracurriculares na Unidade Básica de Saúde (USB), foi observado que os pacientes portadores de diabetes não recebem orientação para uma melhor qualidade de vida e poder evitar possíveis complicações conforme o que foi exposto podemos nos questionar: Quais as ações desenvolvidas durante a assistência de enfermagem?

O presente estudo será de fundamental importância para os profissionais de saúde assim como para os portadores de diabetes, uma vez que lacunas quanto às poderam ser identificadas para posteriores discussões e debates, no intuito de promover melhorias desta prática. Então os objetivos propostos foram investigar a assistência de enfermagem aos portadores de diabetes mellitus tipo 2.

SUJEITOS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em duas UBS no município de Malta-PB, USFI e USF II. A população foi composta por 40 pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família. A amostra foi 20 pacientes. Inicialmente o projeto foi submetido e depois da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos sob o protocolo 110/2012. Foi iniciada a coleta dos dados, utilizou-se um questionário feito pela pesquisadora, a coleta de dados ocorreu no mês de agosto, a coleta de dados se deu na UBS com os portadores de diabetes, onde a duração foi em média de 5 a 10 minutos na recepção do UBS. Para a interpretação dos dados foram levadas em consideração as relações entre as falas dos usuários, com a finalidade de melhorar os aspectos da qualidade de vida dos mesmos. O presente estudo obedeceu a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada como todos os direitos sobre os princípios éticos como: beneficência, respeito e justiça. (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Caracterização da amostra dos dados sócio-demográficos

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	Nº	%
SEXO	Masculino	15	75%
	Feminino	05	25%
IDADE	38 a 48 anos	01	5%
	49 a 59 anos	02	10%
	60 a 70 anos	09	45%
	71 a 81 anos	07	35%
	82 a 92 anos	01	5%
ESCOLARIDADE	Não estudou	04	20%
	Ensino fundamental Incompleto	14	70%
	Ensino fundamental Completo	02	10%
	Completo	00	00%
ESTADO CIVIL	Casado	12	60%
	Viúvo	07	35%
	Solteiro	01	5%
TOTAL		20	100%

Fontes: Dados do pesquisador

De acordo com a Tabela 1, demonstra que 75% (15) entrevistados são do sexo feminino, enquanto que apenas 25% (5) relataram serem masculinos. Nota-se que existe a prevalência do sexo feminino, uma vez que foi identificado isto na presente pesquisa aqui exposta.

O surgimento da diabetes mellitus mostra em sua prevalência apresentar no sexo feminino de forma mais intensa, estudos também mostram que o fato da taxa de natalidade estar com mais mulheres do que em homens, pode também ser um ponto que interfere, bem como com o avançar da idade a doença pode surgir (BRASIL, 2001).

Segundo fator Idade segundo a Tabela 1, nota-se que 45% (9) possuem idade entre 60 a 70 anos, 35% (7) entre 71 a 81 anos, 10% (2) 49 a 59 anos e apenas 5% (1) 82 a 92 anos. O dado identificado demonstra que em sua maioria são idosos, o que se justifica encontra-se com uma doença crônica estabelecida por vários fatores, dentre eles o sedentarismo, maus hábitos alimentares.

De acordo com Carvalho Filho e Papaléo Netto, (2006) considera que a diabetes pode ocorrer em qualquer idade, embora exista a maior prevalência na população idosa, percebe-se que o surgimento da diabetes esta mais susceptível a esta faixa etária devido ao sedentarismo, a obesidade e a má alimentação ao longo da vida.

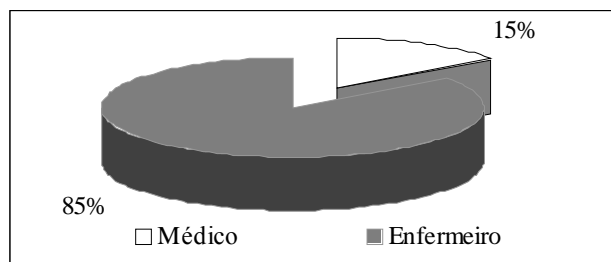
Conforme a Tabela 1 a variável Escolaridade apresenta-se 70% (14) da amostragem relataram possuir ensino fundamental incompleto, 20% (4) da amostra afirma nunca ter estudado e apenas 10% ensino fundamental completo.

Para Torres et al, (2009) considera que a educação é fundamental para o autogerenciamento dos cuidados em Diabetes Mellitus tipo 2, pois se torna um facilitador no que se refere o entendimento das orientações de enfermagem para assim manter uma boa qualidade de vida.

Com relação a descrição do estado civil, segundo a Tabela 1, nota-se que 60% (12) dos entrevistados relataram serem casadas, 35% (7) afirmam serem viúvos e apenas 5% (1) relata

ser solteira. O fator do estado civil é um dado importante, uma vez que a figura do companheiro fornece segurança, estabilidade no lar, força para enfrentar o quadro clínico da doença, no que tange o companheirismo o sentimento repassado representa força.

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra sobre a realização das consultas do hiperdia



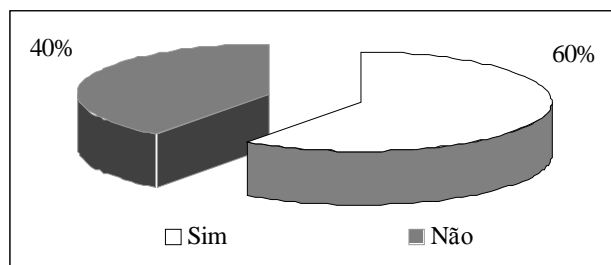
Fontes: Dados do pesquisador

Conforme o Gráfico 1, demonstra que 85% (17) dos entrevistados realizam o acompanhamento com o enfermeiro, e apenas 15% (3) da amostra afirma serem acompanhados pelo médico.

No que tange a assistência de enfermagem voltada ao acompanhamento do Programa Hiperdia, confirma-se desta forma que a enfermagem esta mais presente, uma vez que os portadores procuram mais a Unidade com a finalidade de buscar orientações que facilitem sua adequação com a manifestação clínica da patologia diagnosticada.

O acompanhamento é uma ferramenta útil para os profissionais de saúde, pois é utilizada com a finalidade de oferecer uma assistência de saúde aos pacientes para o enfretamento da patologia. A assistência de enfermagem em suas orientações busca evitar o surgimento de complicações, reduzindo desta forma o número de intervenções hospitalares, mortalidade devido este agravo (DATASUS, 2012).

Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra sobre o controle da glicemia



Fontes: Dados do pesquisador

Segundo o Gráfico 2, nota-se que 60% (12) da amostragem afirma realizar o controle da glicemia, enquanto que 40% (8) dos entrevistados afirma não.

A caracterização é representada pelos níveis elevados de glicose no sangue devido a alguma falha na secreção ou na ação da insulina. Essa caracterização possui grande importância, pois lesões anatômicas durante os estados latentes do diabético,

onde são iniciadas, sendo assim de modo especial esse período onde começam as lesões vasculares responsáveis (DATASUS, 2012).

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra sobre a percepção da assistência realizada aos portadores de diabetes

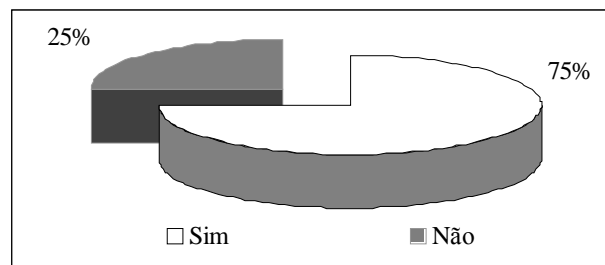


Fontes: Dados do pesquisador

De acordo com o Gráfico 3, demonstra que 75% (15) dos entrevistados relataram que a assistência tinha sido boa, enquanto que 25% (5) da amostragem afirmaram ser ótima. O dado identificado é muito importante, pois percebe-se que os pacientes estão satisfeitos com a assistência recebida durante seu acompanhamento.

Segundo Dab, (2012) considera que o Programa Saúde da Família surgiu para organizar Atenção Básica e desta forma promover orientações das praticas e ações de saúde integral e continua, levando-as para mais perto das famílias e, com isso, melhora a qualidade de vida dos brasileiros através de assistência humanizada e bem pautada, com finalidade de oferecer recursos para a população necessitada.

Gráfico 4 - Distribuição percentual sobre a enfermeira lhe orientou quanto às complicações da diabetes.



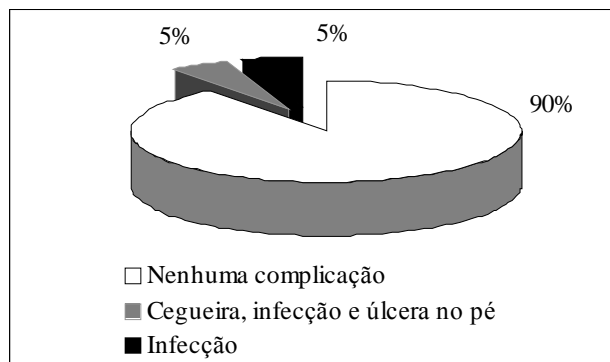
Fontes: Dados do pesquisador

De acordo com o Gráfico 4, podemos observar que 75% (15) da amostragem receberam informações sobre as complicações da diabetes, enquanto que 25% (5) dos entrevistados afirmaram não ter recebido tais orientações. Então podemos considerar que o dado exposto é favorável, pois a maioria dos pacientes foram informados sobre as complicações da doença, este fato torna assistência de qualidade.

Os programas educativos para os diabéticos e seus familiares têm um importante papel na melhora da qualidade de vida, assim como na redução das hospitalizações por diabetes. As intervenções podem ser voltadas para prevenção dos fatores de risco de desenvolvimento do diabetes e do surgimento de

complicações (ALMEIDA et al., 2008).

Gráfico 5 - Distribuição percentual da amostra se sim, quais dessas complicações você tem ou teve



Fontes: Dados do pesquisador

Conforme o Gráfico 5, demonstra que 90% (18) dos entrevistados relataram não ter apresentado nenhuma complicação da diabetes, 5% (1) afirma ter apresentado cegueira, infecção e úlcera no pé e 5% (1) da amostra relata ter sido acometida por uma infecção.

O dado é satisfatório, pois a grande maioria não desenvolveu nenhuma complicação da diabetes, isto significa que as orientações de enfermagem estão sendo bem realizadas, no que tange o acompanhamento da assistência de enfermagem.

Segundo Almeida et al, (2008) enfatiza que as

complicações acorrentadas devido o diabetes preocupam os profissionais de saúde que cuidam destes doentes, principalmente daqueles cujo comportamento de auto cuidado não é incorporado em sua vida diária, podendo surgir infecções, cegueiras e problemas nos pés, quando não bem cuidados, devido seu estado circulatório esta afetado.

CONCLUSÃO

A diabetes mellitus tipo 2 é considerada como um grave problema de saúde pública, uma vez que sua incidência tem aumentando de forma acelerada na população de forma geral, e principalmente em pessoas idosas. O trabalho buscou ressaltar a importância das orientações em enfermagem como forma de prevenção de complicações da doença, através da participação dos profissionais de saúde.

O enfermeiro é responsável pela orientação dos pacientes portadores da diabetes mellitus tipo 2, pois através do enfermeiro podemos instruir acerca da doença, e a melhor forma de prevenir as complicações que doença pode acarretar. A educação em saúde fica assim evidente neste estudo, como a forma primordial para realizar a conscientização de pacientes com relação à prevenção de várias complicações.

Portanto os objetivos do estudo foram alcançados de forma satisfatória, uma vez que o mesmo conseguiu esclarecer a importância da prevenção das complicações da diabetes, bem como a instruir do controle da glicemia, a reeducação alimentar e a prática de uma atividade física.

R E F E R Ê N C I A S

- ALMEIDA, H. G. G. et al. Perfil de pacientes diabéticos tipo1 insulino terapia e automonitorização. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.48, n. 2, 2008.
- _____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP**. Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília- DF, p 45-48, 2001.
- CARVALHO FILHO, E. T. ; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatria: Fundamentos Clínicos e Terapêuticos**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- DAB, **Atenção Básica - PSF- Saúde da Família- Atenção Primária**. Cadernos de atenção Básica. Disponível no endereço <HTTP: //dtr2004. Saúde. gov. br/. Com acesso em 20 de agosto de 2012.
- DATASUS. Diabetes Mellitus tipo 2. Disponível on line no endereço< <http://w3.DATASUS.gov.br>>. Acesso em 20 de agosto de 2012.
- FIGUEIREDO, A. S.; MODESTO-FILHO, J. Efeito do uso da farinha desengordura. os níveis glicêmicos em diabéticos tipo 2. **Rev. Bras.de Farmacologia**. v. 18, n. 1, p 103-111, 2009.
- TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista saúde pública**. v. 43, n. 2, 2009.

Data de recebimento para publicação: 13.11.2012. - Data de aprovação do trabalho: 09.01.2013.

Avaliação dos Principais Fatores de Riscos ao Infarto Agudo do Miocárdio

Evaluation of The Main Risk Factors of Acute Myocardial Infarction

Mery France de Sousa Fonseca¹

Raquel Campos de Medeiros²

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros³

Hellen Maria Gomes Araújo de Souza⁴

RESUMO: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é considerado um dos maiores problemas de saúde pública dos dias atuais. O objetivo deste estudo foi avaliar os principais fatores de risco que contribuem para a ocorrência do IAM. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, onde a população foi composta por 40 pacientes e a amostra por 20 pacientes com diagnóstico de IAM. O perfil sócio demográfico aponta que 40% dos entrevistados possui idade entre 44 e 54 anos, 60% da amostra é do sexo feminino, 70% são casados, 45% não possui escolaridade e 45% são aposentados. A análise considerou o estilo de vida dos pacientes, identificando a incidência dos principais fatores de risco, onde foi constatado que 50% são tabagistas; 55% tem histórico de IAM na família, 70% afirmaram não serem diabéticos; 60% relataram que a alimentação é regular; 70% dos entrevistados não praticavam nenhum tipo de atividade física, 65% dos pacientes são hipertensos. Diante de tais resultados, ressalta-se a importância do papel da enfermagem na identificação e prevenção dos fatores de risco, através de programas de educação em saúde que sejam realmente efetivos, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

UNITERMOS: Infarto Agudo do Miocárdio. Fatores de Riscos. Diagnóstico.

ABSTRACT: *Acute Myocardial Infarction (AMI) is considered one of the greatest current public health problems. The objective of this study was to evaluate the main risk factors that contribute to the occurrence of AMI. It presents a quantitative exploratory study in which the population comprised 40 patients and the samples included 20 AMI diagnosed patients. The socio-demographic profile points out that 40% of the interviewed individuals are among the ages of 44 and 54 years, 60% of them are women, 70% is married, 45% do not have any education and 45% are retired. The analysis considered the life style of the patients, investigating the incidence of the main risk factors, in which it was observed that 50% are smokers; 55% have family history of AMI; 70% stated not being diabetic; 60% reported having regular eating habits; 70% of the subjects were not engaged in any physical activity; 65% of the patients were hypertensive. On the results, we emphasize the importance of the role of nursing in identifying and preventing the risk factors though educational health programs that are actually effective and truly aim at promoting, protecting and retrieve the population health welfare.*

KEYWORDS: *Acute Myocardial Infarction. Risk Factors. Diagnose.*

1. Acadêmica de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Rua: 5 de agosto, n° 173, Belo Horizonte, Patos- PB, Brasil, CEP 58700000. E-mail: meryfrancedesousa@hotmail.com.

2. Professora Ms. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

3. Professora Especialista do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

4. Professora Especialista do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) vem se destacando como um importante problema de saúde pública no Brasil, estando às doenças cardiovasculares como a primeira causa de morte nos países desenvolvidos como também, nos em desenvolvimento (SANTOS *et al.*, 2009).

O IAM trata-se de um processo pelo qual áreas de células miocárdicas são destruídas de maneira permanente. O IAM é geralmente causado pelo fluxo sanguíneo diminuído em uma artéria coronária, e, na medida em que as células são desprovidas de oxigênio, a isquemia desenvolve-se. Com o passar do tempo, a falta de oxigênio resulta em infarto ou morte das células (BARBOSA; SCALA; FERREIRA, 2009).

Alguns fatores que propiciam o IAM como a raça, sexo, idade, herança genética e ocorrência da menopausa são enquadrados como não-modificáveis, contudo, compreende-se que fatores como a hipertensão, a intolerância à glicose e Diabetes Mellitus não insulino dependente, sedentarismo, alcoolismo e uso de anticoncepcionais hormonais, estão relacionados com o estilo de vida e podem ser modificáveis (COELHO; RESENDE, 2010).

A incidência do IAM demonstra ter relação com fatores biológicos, como também com comportamentos cotidianos. As últimas gerações têm incorporado hábitos inapropriados para o estabelecimento da saúde, o que parece ser justamente essa realidade que favorece a ocorrência dessa doença. No que concerne a prevalência, o gênero masculino é mais vulnerável a sofrer o infarto, porém, o maior número de óbito ocorre com o gênero feminino (BONOMO; ARAÚJO, 2009).

Então dessa forma torna-se necessário realizar um levantamento sobre essa realidade e relacioná-la com a incidência do IAM nos pacientes. Considerando então, a magnitude dessa problemática, em especial, a associação existente entre essa incidência e os comportamentos habituais inerentes ao cotidiano do paciente, o presente estudo, justifica-se, na medida em que, a manifestação do Infarto demanda uma investigação e reflexão, acerca dos riscos potenciais expressos nas diversas modalidades dos estilos de vida dos pacientes que possuem o diagnóstico do IAM.

Diante do exposto a presente pesquisa teve como objetivo: Avaliar os principais fatores de risco que contribuem para a ocorrência do Infarto Agudo do Miocárdio.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, que objetiva conhecer os principais fatores de risco que contribuem para a ocorrência do Infarto Agudo do Miocárdio. O estudo foi realizado em uma Clínica Cardiológica particular no município da cidade de Patos – PB. A população foi composta por 40 clientes atendidos na clínica onde a amostra foi composta por 20 clientes de ambos os sexos com diagnóstico de IAM que si dispuseram a participar da pesquisa, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a Resolução 196/1996 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE que regulamenta

pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). O levantamento de dados foi efetuado a partir de um questionário estruturado aplicado aos pacientes com diagnóstico de IAM. As questões continham informações sócio-demográficas com o restrito propósito de caracterizar a amostra, bem como, questões objetivas que abordaram a descrição dos estilos de vida adotados pelos participantes. Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos (FIP), os dados foram coletados conforme a disponibilidade dos participantes institucionalizados na clínica delimitada, para posteriormente serem analisados obedecendo à sistematização das respostas encontradas. Após a aplicação, os dados foram analisados através da estatística descritiva, os resultados foram apresentados na forma de tabela e de gráficos e discutidos com base na literatura da área.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que concerne a idade a maioria dos entrevistados 8 (40%) estão inseridos na faixa etária de 44 à 54 anos. É importante frisar que no estudo foram encontrados 9 pacientes acima de 60 anos, e 11 com idade inferior a 60. Percebe-se então que esse dado está compatível com a nova realidade da saúde brasileira, cujo, o IAM vem acometendo cada vez mais pessoas mais jovens.

É possível considerar que de alguma forma esse perfil é sustentabilizado, pois, apesar do conhecimento difundido, compreende-se a dificuldade em desenvolver um estilo de vida saudável, visto que vários fatores de risco estão relacionados e influenciados pela cultura do prazer momentâneo, simplificado e comprável, difundida na mídia e reforçada pelo consumismo (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010).

Quanto ao estado civil dos pesquisados um percentual de 14 (70%) da amostra corresponde a casado, o restante corresponde ao estado de viuvez 6 (30%).

Foi observado nesse estudo, ainda conforme os dados da tabela 1, que em relação ao gênero o maior percentual 12 (60%) corresponde ao sexo feminino, contando com 8 participantes (40%) do sexo masculino. Concomitante, os dados do Ministério da Saúde apontam que as doenças cardiovasculares são responsáveis por grande parte da mortalidade dos brasileiros, sendo que as mulheres estão em maior proporção em relação aos homens (Scherr; Ribeiro, 2009).

As características sociodemográficas, econômicas e a escolaridade vêm sendo relacionadas ao desenvolvimento de doença cardiovascular. Constata-se que, os fatores de risco tendem a ocorrer com maior frequência e número em populações com menor poder econômico e cultural (SCHERER *et al.*, 2011). No presente estudo, verifica-se que 9 pacientes (45%) não possuem nível de escolaridade, 7 pacientes (35%) possuem o ensino fundamental incompleto, 2 pacientes (10%) possuem ensino médio completo. Igual percentual foi encontrado para os que concluíram o ensino fundamental I (5%) e o ensino superior I (5%).

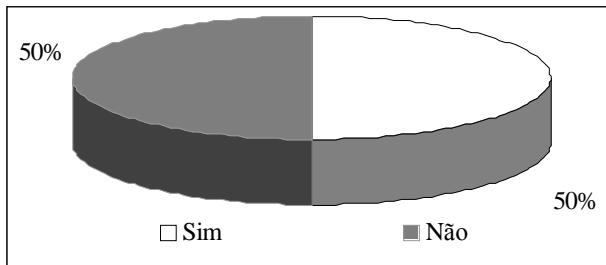
Segundo os dados obtidos observou-se que 80% da amostra são compostas por indivíduos que possuem até o ensino fundamental incompleto. Neste grupo estão incluídos aqueles que pouco sabem ler e escrever e aqueles que não sabem, embora

consigam assinar o próprio nome. Estes últimos podem ser enquadrados como analfabetos funcionais.

A realidade socioeconômica pode ser ainda comprovada através da análise das ocupações dos pacientes participantes. Constata-se que o maior percentual de ocupações corresponde a aposentados 9 (45%), seguido pelo agricultor 5 (25%). Constatou-se um percentual igualitário 1 participante (5%) para as profissões de músico, auxiliar de cozinha, agente comunitário de saúde, professor, motorista e padeiro respectivamente. Observa-se, portanto, que apenas 1 (5%) participante exerce ocupação que exige nível superior, logo, o resultado é condizente com o nível de escolaridade acima mencionado.

O estudo realizado por Lemos et al. (2010), concluiu que o nível de educação e renda familiar foram inversamente relacionados com a doença, ou seja, foi apoiada a associação entre baixa escolaridade e risco de desenvolvimento de Síndrome Coronária Aguda SCA.

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos entrevistado em relação ao tabagismo.

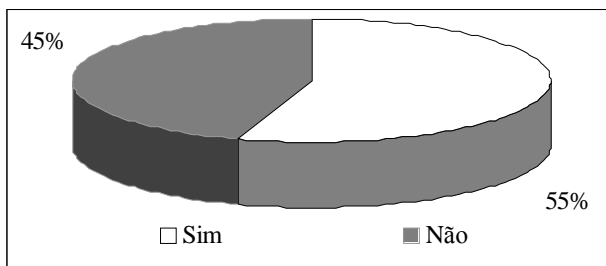


Fonte: Dados do pesquisador.

O tabagismo demonstra ser um importante fator de risco preditor da incidência do IAM, enquadrando-se entre os fatores modificáveis. De acordo com o gráfico 1 (50%) da população amostral faz uso dessa substância, enquanto os demais 10 (50%) negaram o uso. O tabagismo é uma doença caracterizada por dependência química e psicológica, causada pelo excesso de nicotina no organismo. Entre alguns dos efeitos adversos relatados pelos pacientes encontram-se: redução da ansiedade, diminuição da fome, perda de peso e melhora na concentração.

Compreende-se que o cigarro é um grande causador de DCV's, visto que, um indivíduo fumante corre mais risco de sofrer um IAM. O índice de tabagistas encontrado no estudo pode ser considerado alarmante devido ao fato de a nicotina ser isoladamente um fator de risco para doenças cardiovasculares, (BOTELHO; SILVA; MELO, 2011).

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos entrevistados em relação a incidência no histórico familiar de IAM.

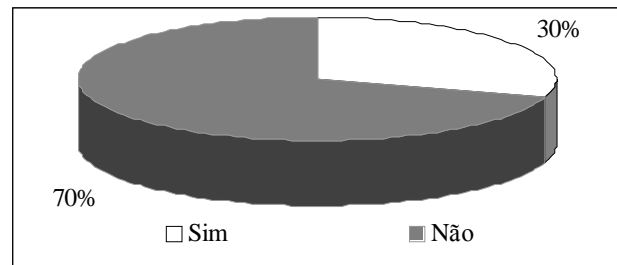


Fonte: Dados do pesquisador

De acordo com o gráfico 2, 11 participantes (55%) possuem histórico familiar de IAM, enquanto que participantes (45%) relataram que não possuem familiares com esta patologia. O histórico familiar é um fator importante para a identificação do risco de desenvolvimento de doenças cardíacas, visto que, através dessa investigação é possível inquirir a predisposição genética. Sabe-se que o estilo de vida saudável pode diminuir os riscos de adquirir DCV's.

Moreira, Gomes e Santos, (2010) defendem que as evidências genéticas que seguem na árvore genealógica, assim como a relação com a força do exemplo entre pais e filhos, faz com que as doenças cardiovasculares tornem-se uma herança que perdura por gerações. Assim, embora o histórico de doenças cardiovasculares seja um fator de risco não-modificável é possível prevenir episódios futuros de IAM através da observação destes pacientes (GIROTTO et al., 2009).

Gráfico 3 - Distribuição percentual dos entrevistado referente a comorbidade prognóstica de Diabetes Mellitus.

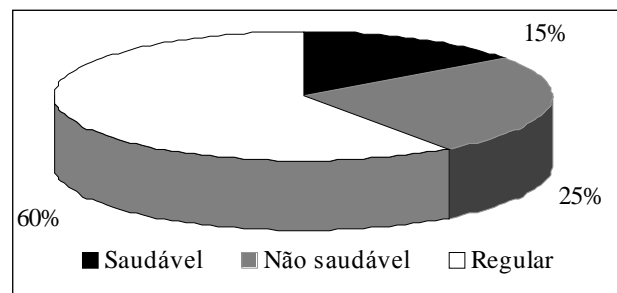


Fonte: Dados do pesquisador

De acordo com o gráfico 6, 14 participantes (70%) afirmaram não serem diabéticos, enquanto a minoria 6 (30%) afirmaram serem diabéticos. As evidências estatísticas e os percalços deste estudo permitem concluir que a frequência de pacientes diabéticos encontrados na pesquisa comprova que o diabetes é um fator de risco que aumenta a probabilidade do IAM, sendo assim o controle da doença pode prevenir as DCV's.

As DCVs tem grande importância em sua epidemiologia visto julgar-se o diabetes mellitus como um fator de risco causador do seu desenvolvimento. A maioria dos óbitos dos pacientes é decorrente de eventos cardiovasculares ou complicações renais. Atualmente sabe-se que o DM não só eleva a incidência das DVC como acelera o seu curso clínico (AZEVEDO; VICTOR; OLIVEIRA, 2010).

Gráfico 4 - Distribuição percentual dos entrevistados referente ao padrão alimentar.

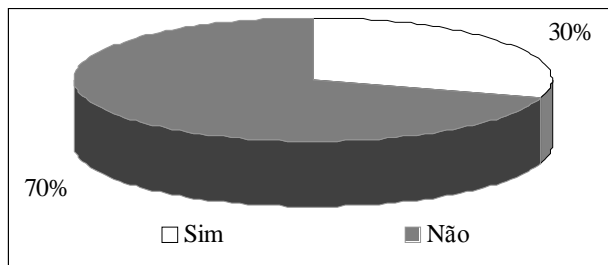


Fonte: Dados do pesquisador

De acordo com o gráfico 4, 12 participantes (60%) relatam que a sua alimentação é considerada regular, 5 participantes (25%) consideram a sua alimentação não saudável e apenas 3 participantes (15%) consideram sua alimentação saudável. Um grande desafio da população é conseguir equilibrar de maneira adequada a alimentação e mantê-la saudável, várias condições que provocam doenças cardíacas, têm relação direta com a alimentação, assim, uma dieta correta e equilibrada ajuda a manter a saúde e a melhorar a qualidade de vida.

Moreira, Gomes e Santos, (2010) relatam que a vulnerabilidade contemporânea cuja sociedade consumista exige rapidez e praticidade, a alimentação irregular tornou-se uma grande ameaça para a população e uma ameaça para a saúde pública. Além disso, a evolução tecnológica minimiza o esforço físico das atividades diárias relacionando assim a alimentação irregular, o sedentarismo e o sobrepeso com os elevados índices de doenças cardiovasculares.

Gráfico 5 - Distribuição percentual dos entrevistados referente a prática de exercícios físicos.

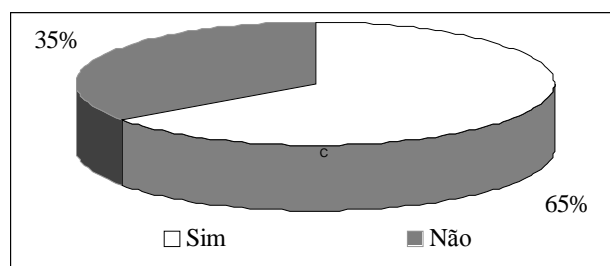


Fonte: Dados do pesquisador.

De acordo com o gráfico 5, observa-se que a maioria 14 (70%) dos entrevistados não praticam nenhum tipo de atividade física enquanto 6 (30%) realizam exercícios físicos. Embora a mídia venha contribuindo no incentivo da atividade física regular para promoção da saúde, muitas pessoas ainda não aderiram a essa prática. Através do exercício físico é possível, reduzir o estresse e a ansiedade, melhorar o humor, aumentar o nível de energia proporcionando assim uma melhor qualidade de vida.

Na atualidade a inatividade física é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares pelo seu efeito nocivo, especialmente na resistência a insulina, hiperglicemias e dislipidemias, além de agravar a morbimortalidade em indivíduos com o peso acima do normal (GIROTTO et al., 2009).

Gráfico 6 - Distribuição dos participantes em relação a comorbidade prognóstica de Hipertensão



Fonte: Dados do pesquisador

De acordo com o gráfico 10, observa-se que a maioria dos entrevistados 13 (65%) são pacientes hipertensos, enquanto 7 (35%) não são hipertensos. Mais conhecida como pressão alta, a hipertensão pode causar IAM em especial quando associada com outros fatores de risco como o cigarro e a falta de atividade física o perigo torna-se maior. Se por ventura o paciente for obeso, fumante, diabético ou se tiver história familiar de hipertensão arterial, a pressão deve ser aferida frequentemente. O número de hipertensos tem aumentado progressivamente devido a fatores como maior incidência de obesidade, sedentarismo e maus hábitos alimentares.

A hipertensão arterial (HA) é considerada um grave problema de saúde pública no país, isso ocorre em consequência do aumento significativo de hipertensos nos últimos anos. A HA é reconhecida como um importante fator de risco para as DCV's (NASCENTE et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares são consideradas as principais causas de morte no mundo e muitas vezes os seus fatores de riscos são ignorados pela população e pelos sistemas de saúde, que pouco investem em prevenção e tratamento precoce.

O presente estudo assume que o Infarto Agudo do Miocárdio possui correlação direta com o estilo de vida dos indivíduos. Deste modo, retomando os objetivos desse estudo, verificou-se que entre a amostra analisada, os fatores de risco contribuintes para a ocorrência do IAM, estão presentes de maneira significativa no estilo de vida dos pacientes.

A alta prevalência de fatores de riscos para os casos de IAM é confirmada através do elevado número de pessoas com sedentarismo, tabagismo e hipertensão arterial deste estudo, sendo estes fatores de risco modificáveis podendo ser revertidos com mudanças no estilo de vida, evitando assim uma futura DCV.

Portanto, pode-se inferir que um programa de prevenção que de maneira efetiva reduzisse os índices de hipertensos, sedentários, bem como interrompesse o tabagismo em fumantes poderia prevenir morte por infarto do miocárdio. A alta prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis na população avaliada, reforça a importância das medidas efetivas de prevenção primária, em vista a necessidade de uma saúde pública pautada em educação e prevenção pois a maioria enquadram-se em fatores de risco modificáveis e portanto, são passíveis de transformação.

R E F E R Ê N C I A S

- AZEVEDO, S.; VICTOR, E.G.; OLIVEIRA, D. C. Diabetes mellitus e aterosclerose: noções básicas da fisiopatologia para o clínico geral. **Revista brasileira clinica médica**. v. 8, n. 6, p. 520-526, Nov./dez. 2010.
- BARBOSA, Larissa Silva; SCALA, Luis César Nazário; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal e hipertensão arterial na população adulta de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 12, n. 2. pp 237-47, 2009.
- BONOMO, A. M. S.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. Psicologia aplicada à Cardiologia: um estudo sobre emoções relatadas em exame de holter. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n.1. pp. 065-074, Jan-Mar, 2009.
- BOTELHO, C.; SILVA, A. M. P.; MELO, C. D. Tabagismo em universitários de ciências da saúde prevalência e conhecimento. **Jornal Bras. Pneumol**. v. 37, n.3, p. 360-366, 2011
- BRASIL, M. S. da. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- COELHO, L. M.; RESENDE, E. S. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 20, n. 3, pp. 323-328, 2010.
- GIOTTO, E. et al., Prevalência de fatores de riscos para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde da família. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 31, n 1, p. 77-82, 2009.
- LEMO, K. F. et al., Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n.1, p. 129-135, mar. 2010.
- MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens com hipertensão arterial e / ou diabetes mellitus. **Rev gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 662-669, dez. 2010.
- NASCENTE, F. M. N. et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 95, n. 4, p. 502-509, 2010.
- SANTOS, E. S. et al., Escore de risco Dante Pazzanese para síndrome coronariana aguda sem supra desnivelamento do segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 4, pp. 343-351, 2009.
- SHERER, C. et al., O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev. Eletr. Enfermagem**.V. 13 n. 2, p. 296-305, abr/jun, 2011.
- SHERR, C.; RIBEIRO, J. P. Gênero, idade, nível social e fatores de risco cardiovascular, considerações sobre a realidade brasileira. **Arq.Bras. cardiologia**.V. 93, n. 8, p. 54- 56,2009.

Data de recebimento para publicação: 26.11.2012. - Data de aprovação do trabalho: 09.01.2013.

temas em
saúde

Prevalência de Neoplasia Maligna da Próstata na Cidade de Caicó-RN

Prevalence of Malignant Neoplasia of The Prostate in The City of Caicó-RN

Bruna Thais Ventura Gonçalves¹
 Fernanda Refaelli Felipe Ferreira de Araújo²
 Maria Margareth Câmara de Almeida³

RESUMO: O número de casos de câncer tem aumentado de maneira significativa em todo o mundo, considerado como um dos grandes problemas de saúde pública mundial. E se tratando da saúde do homem a prevalência é ainda mais problemática, pois a quantidade de homens que buscam os serviços de saúde é muito baixa, sendo assim acometidos por várias doenças dentre as principais, câncer de pulmão, esôfago, colón, reto e a mais comum entre eles o câncer de próstata. O câncer de próstata tem o crescimento lento. E o seu aparecimento é raro antes dos 45 anos de idade sendo dessa forma mais comum na faixa etária dos 75 anos, possui sua causa pouco conhecida. Dessa forma o objetivo foi analisar a prevalência de neoplasia maligna na próstata em indivíduos com idade superior a 45 anos em uma cidade do interior do Rio Grande do Norte, buscando sua fisiopatologia, rastreamento, possíveis práticas de diagnósticos, tratamentos, as manifestações clínicas mais comuns, fatores dietéticos que mais influenciam as patologias associadas e preconceitos que acometem esses homens, e saber se a incidência é condizente com o que se retrata na literatura e com isso tentar diminuir entre os eles o número de mortalidade por essa doença, motivada muitas vezes pela falta de informação a ilusão que os cercam e fazem crer no mito existente que diz: “Se não sentem nada, é porque não estão doentes”. Essa discussão tem início a partir do grande e alto número dessa neoplasia, responsável pelo índice bastante elevado e crescente na mortalidade masculina.

UNITERMOS: Mortalidade Masculina. Neoplasia da Próstata. Saúde do Homem.

ABSTRACT: The number of cancer cases has increased in a significant way in the world, considered as a major public health problem worldwide. And when it comes to human health, the prevalence is even more problematic, because the amount of men who seek health services is very low, thus suffering from various diseases and the most common among them prostate cancer. Prostate cancer is slow growing. Its onset is rare before the age of 45 being more common in this age of 75 years, has its cause unclear. Thus the objective was to analyze the prevalence of malignancy in the prostate in patients older than 45 years in a city in Rio Grande do Norte, seeking its pathophysiology, screening practices, diagnosis, treatment, the most common clinical manifestations, dietary factors that influence the associated diseases and prejudices that affect these men, and whether the incidence with respect to this subject in the literature is really true, and thus they try to reduce the number between the mortality from this disease, often motivated by the lack of information or its rustic culture, where many believe that not any sign or symptom of a disease is because they are completely healthy. This discussion must start from the large and high number of cancer, responsible for a rate very high and increasing in male mortality.

KEYWORDS: Male Mortality. Neoplasia of the Prostate. Human Mortality.

1. Concluintes do curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos-PBa, Brasil. E-mail: fernanda.rafaelly@hotmail.com.

2. Concluintes do curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: runathais_ventura@hotmail.com.

3. Professor(a) Msc. Margareth Maria Câmara de Almeida do curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença com alta incidência no mundo, nos países desenvolvidos, atualmente em média, cerca de uma pessoa em cinco morre de câncer. Atualmente, ele representa a terceira mais importante causa de morte na população masculina brasileira, após as doenças cardiovasculares e as causas externas (WUNSCH FILHO et al. 2002).

A próstata é uma glândula exócrina a qual faz parte do sistema reprodutor masculino, localizado logo abaixo da bexiga, difere de forma considerável entre espécies, anatomicamente, quimicamente e fisiologicamente. E quando está em sua forma saudável encontra-se pouco maior que uma noz, sua principal função é colaborar com a reprodução humana produzindo o volume seminal que junto com o espermatozóide da origem ao sêmem. A próstata começa a aumentar de tamanho na maioria dos homens com mais de 45 anos, esse aumento não necessariamente é câncer, sendo chamado de hiperplasia benigna prostática, geralmente causa: esforço miccional, jato fraco e interrompido, esvaziamento incompleto da bexiga e nictúria (SROUGI et al. 2008).

O câncer da próstata ocorre quando as células sofrem mutações e começam a se multiplicar sem controle, essas mesmas células podem se espalhar (metástase) e a partir daí ir para outras partes do corpo com maior preferência por ossos e linfonodos, e mais tardiamente para o fígado, pulmão e cérebro (RHODEN et al., 2010).

Oncoplasia prostática é a sexta ocorrência em novos casos de neoplasias no mundo e a terceira causa de morte com maior frequência entre homens (RHODEN et al. 2010), a medida que a expectativa de vida aumenta, segue consigo também o aumento de novos quadros de mortalidade masculina, sendo mais frequentes em homens com idade superior a 45 anos de idade, etnia e histórico familiar (incluindo pai ou irmão com a presença dessa neoplasia antes dos 60 anos), a causa do câncer de próstata ainda é desconhecida, porém dentre os principais sintomas associados temos: hesitação e retenção urinária, urinar várias vezes durante a noite, dor durante a micção (INCA, 2002).

Essa patologia pode ser diagnosticada precocemente através de métodos de diagnóstico de triagem. Os principais métodos para a detecção precoce em indivíduos sem sintomas são precisados pelo toque retal e o PSA sérico, biópsia por ultrassonografiatransretal (USTR), porém nenhum deles é sensível o suficiente para ser usado sozinho como diagnóstico dessa neoplasia, porém o único teste que pode confirmar esse diagnóstico é o da biópsia da próstata (SANTOS et al. 2006).

A prevenção desse tipo de neoplasia ainda não está bem estabelecida, porquênão são conhecidos os fatores que modificam a maquinaria celular, tornando-a maligna (SROUGI et al. 2008). Porém, indivíduos sintomáticos devem ser imediatamente encaminhados a consultas especializadas e para casos positivos de câncer de próstata existe um vasto número de tratamentos disponíveis que podem variar de acordo com a disseminação e o tipo de tumor existente. Nos estágios iniciais a cirurgia, radioterapia, ou até mesmo monitoramento do câncer sem tratamento ativo são adequados, por outro lado se disseminado pode ser usado a radioterapia ou cirurgia em

combinação com o tratamento hormonal (INCA, 2002).

No entanto, o problema é o alto número na prevalência de neoplasia maligna da próstata que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), há no mundo 10 milhões de pessoas portadoras dessa doença, e se por qualquer motivo não ocorrer nenhuma alteração, a expectativa é que até 2020 ultrapassemos a faixa e 16 milhões de pessoas com câncer.

Neste contexto o objetivo do trabalho é analisar a prevalência de neoplasia maligna na próstata em pacientes de um laboratório na cidade de Caicó/RN, selecionando homens com idade superior a 45 anos, analisar o grau de incidência e discorrer sobre os possíveis diagnósticos e tratamento.

O interesse em delinear a prevalência de neoplasias na próstata em um laboratório no interior do Rio Grande do Norte é justificado pela grande escassez de informação no que diz respeito à saúde do homem, ao grande preconceito ainda existente entre eles e ao exarcebado número de mortalidade masculina advinda dessa neoplasia.

METODOLOGIA

TIPO E LOCAL DO ESTUDO

Com o objetivo principal de analisar a presença da neoplasia maligna da próstata em homens com faixa etária superior a 45 anos em uma cidade do Rio Grande do Norte (RN), para que se possa traçar o perfil desta neoplasia no município em questão e comparar com os achados registrados na literatura, este estudo foi desenvolvido de forma a estruturar-se como descritivo a partir de uma abordagem quantitativa. O presente estudo foi realizado em um laboratório público da cidade de Caicó/RN.

POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população requisitada para esta pesquisa foi formada por homens com faixa etária superior a 45 anos, habitantes do município de Caicó/RN. E a amostra selecionada para a mesma constituída por 86 laudos daqueles que foram atendidos no referido laboratório no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para o presente estudo elegem-se os seguintes critérios de inclusão na pesquisa: ser habitante do município de Caicó/RN, ter idade superior a 45 anos, ter sido encaminhado ao referido laboratório para realização de exames diagnósticos para câncer de próstata, ter sido atendido no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012. Será excluído da pesquisa os participantes que não se enquadrarem nos critérios de inclusão da mesma, bem como aqueles que não tiverem seus prontuários disponibilizados pela instituição responsável, no caso onde será realizado o estudo, não residirem na referida cidade.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir dos registros feitos pela instituição, onde foi realizado o estudo, nos prontuários dos pacientes que compuseram a amostra requisitada para a pesquisa. Foi considerado como instrumento para coleta de dados a observação dos Registros Institucionais de onde foram anotados os dados que implicam constatação da prevalência do Câncer de Próstata no município em questão, como por exemplo, dados socioeconômico, faixa etária, resultado dos exames, que posteriormente foram processados através de planilhas do Software Microsoft Word Excel com as fórmulas pertinentes aos objetivos da pesquisa.

PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos protocolo número 212/2011. O profissional responsável pela instituição foi abordado pelas pesquisadoras as quais lhe explicaram os objetivos da pesquisa e o posicionamento ético da mesma e lhe fizeram a sugestão para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e o Termo de Autorização Institucional (ANEXO A) como principal requisito para a realização da pesquisa, posteriormente as pesquisadoras coletaram os dados registrados nos prontuários dos pacientes, anotando-os para posteriormente analisá-los estatisticamente.

PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISES DOS DADOS

Os dados foram analisados e confrontados com a literatura pertinente a patologia em questão neste estudo, através de uma análise opinativa, bem como os dados da amostra foi processada, tabulados e gráficos utilizando-se o Software Microsoft Word Excel para a precisão estatística da análise quantitativa.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A realização deste estudo considerará a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa foi preservada bem como todos os direitos sobre os princípios éticos como: Beneficência, Respeito e Justiça (BRASIL, 1996).

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos. Após a concessão de sua aprovação, o responsável pela instituição onde foi realizada a pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) e o Termo de Autorização Institucional (ANEXO A), que será impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para a instituição. Os dados obtidos nesta pesquisa poderão ser utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assume-se a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição. Nomes, endereços e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma. Os bancos de dados gerados pela pesquisa só serão

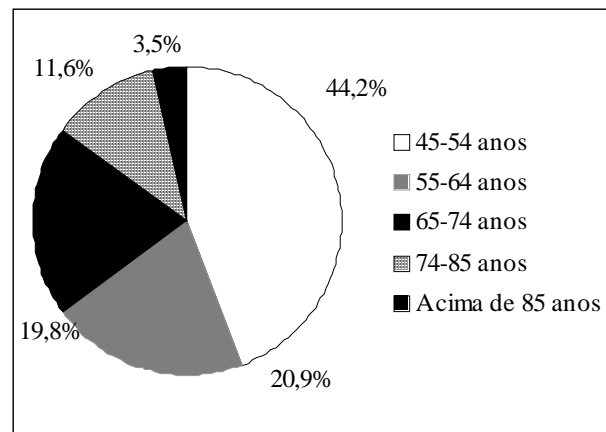
disponibilizados sem estes dados. Na eventualidade desta pesquisa causar qualquer tipo de dano aos participantes ou a instituição onde foi realizada pesquisa, as pesquisadoras comprometem-se através do Termo de Compromisso do Pesquisador a reparar este dano, ou prover meios para a reparação. A pesquisa será suspensa caso o responsável pela instituição onde foi realizada revogue a autorização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dispostos a seguir foram obtidos por laudos de exames de PSA. Foram analisados 86 laudos e estes agrupados por faixa etária de dez em dez anos, os dados foram processados estatisticamente e representados através de gráficos.

No que diz respeito a frequência de realização de exames de PSA, no laboratório onde foi realizado estudo, relacionado a faixa etária dos pacientes pode-se identificar um escala de valores inversamente proporcional, quanto maior a faixa etária menor a frequência de realização do exame o que pode ser observado no Figura 01.

Figura 01 - Distribuição da amostra segundo frequência de realização do exame de PSA em relação à faixa etária.

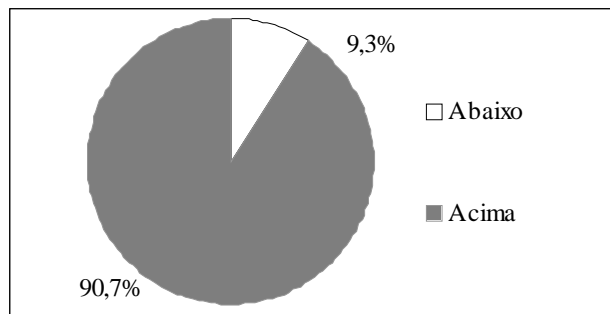


O exame de PSA é amplamente utilizado para rastreamento de neoplasias da próstata, somado a outros métodos diagnósticos torna-se um importante instrumento para detecção precoce do câncer de próstata. Apesar dos tabus que rondam ao redor desse assunto, hoje em dia já há uma menor resistência com relação aos exames diagnósticos por parte da população masculina. A presente pesquisa mostra que homens em menor faixa etária de risco (45-54 anos) para o desenvolvimento de neoplasia da próstata mostram-se mais adeptos ao rastreamento da doença.

Porém segundo o INCA o câncer de próstata (2002) “mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos”. Portanto a proporção inversa encontrada nesta pesquisa não demonstra um aspecto favorável para um rastreamento mais fidedigno deste tipo de câncer. Em contraponto o fato de mais homens com menor faixa etária estarem realizando o exame favorece ao diagnóstico precoce no caso de haver a doença.

Nossa pesquisa mostrou que a prevalência na frequência da realização do exame de PSA ocorre em homens com a faixa etária entre 45 e 54 anos como expresso na Figura 01, discordando assim diretamente com AMORIM et al. 2011, quando realizou um estudo semelhante no estado de São Paulo, e obteve como resposta um resultado divergente ao nosso, mostrando que a prevalência ocorre para faixa etária de 70 anos.

Figura 02 - Distribuição da amostra segundo resultado do exame de PSA (ACIMA/ABAIXO de 4ng/mL).



Na figura acima se observa que na cidade de Caicó/RN a grande maioria, um total de 90,7% (78 laudos) da amostra analisada teve como resultado no exame de PSA um valor inferior ao do valor de referência, ou seja não demonstrando nenhum tipo de alteração, concordando assim com CONTE et al. 2010, quando em seu artigo em uma pesquisa feita em Novo Hamburgo-RS, demonstrou um total de 85,7% para resultados com um valor inferior a 4ng/ml, bem próximo ao que encontramos em nossa pesquisa. E outros 9,3% para outros valores acima do referencial, demonstrando que existe alteração, porém não podendo afirmar que é câncer pois, esse é um exame indicativo e não confirmatório.

Os percentuais do gráfico acima citado foram distribuídos por faixa etária a fim de analisar como está distribuída a incidência de neoplasia prostáticas diagnosticadas através do exame.

Tabela 01 - Distribuição dos resultados de PSA de acordo com a faixa etária.

VARIÁVEIS	PARTICIPANTES (Nº = 86)	
	Nº	%
ACIMA DE 4NG/ML		
45-54 anos	01	1,2
55-64 anos	01	1,2
65-74 anos	01	1,2
74-85 anos	05	5,8
Acima de 85 anos	00	0,0
ABAIXO DE 4NG/ML		
45-54 anos	37	43
55-64 anos	17	19,7
65-74 anos	16	18,6
74-85 anos	05	5,8
Acima de 85 anos	03	3,5
TOTAL	86	100

Há outros tipos de exames utilizados para o rastreamento de neoplasia da próstata, como neste estudo foi abordado somente o exame de PSA a Tabela 01 foi utilizada para mostrar como esta dividida a amostra no que se refere aos valores acima

e abaixo do valor referencial para o exame, ou seja, 4ng/mL.

Observa-se na tabela acima que a maior frequência de valores abaixo do referencial do PSA (4ng/mL), encontra-se entre homens com menos de 55 anos, num total de 43% (37 laudos) da amostra deste estudo, nota-se ainda que a frequência de valores acima do referencial de PSA, nas faixas etárias de 45-54 anos, 55-64 anos e 65-74 anos é a mesma de apenas 1,2% (1 laudo).

A maior frequência encontra-se na faixa etária de 74-85 anos, onde nota-se também um equilíbrio entre a quantidade de laudos com valores acima do referencial e com valores abaixo, ambos representando 5,8% da amostra (5 laudos), o que pode gerar a seguinte observação, que logicamente não encerra o valor teórico de outras análises já existentes, de 10 laudos analisados 50% destes tinham valores acima do referencial e 50% abaixo desse valor, isso implica dizer que supostamente pelo menos metade dos homens entre 74-85 anos podem estar acometidos por algum tipo de neoplasia prostática, o que condiz com CONTE et al, 2010 em seu artigo onde encontrou uma prevalência de 70-79 anos para valores superior a 4 ng/mL, sendo coerente com AMORIM et al, 2011, quando ele cita em seu artigo a idade superior a 65 anos para o aparecimento de novos casos, unindo assim as duas linhas de pesquisa, como explicito na Tabela 01.

Outro dado a chama atenção nesse gráfico é que mesmo diante da predominância do câncer em idades mais elevadas a amostra desse estudo mostra que a faixa etária mais elevada, acima de 85 anos não apresenta laudos com valores acima do valor referencial de PSA, dos 3 laudos analisados todos apresentaram valores abaixo do valor de referência. Porém, como a quantidade de laudos analisados é pequena estes resultados não têm valor comprobatório a outras pesquisas já avaliadas.

CONCLUSÕES

Pode-se concluir, de acordo com a metodologia empregada, análise e observação dos resultados, que a prevalência de neoplasia maligna na cidade de Caicó no estado do Rio Grande do Norte, determinada pelos prontuários dos homens que se submeteram ao "teste de PSA" no período de Janeiro de 2011 a Janeiro de 2012 é de 9,3% para os resultados acima do valor considerado normal (4ng/ml). O que é esperado com relação a percentuais existentes em outros estados como exemplo: Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná. Que os homens com menor índice de neoplasia na próstata são os que fazem em maior frequência e antecedência o exame de PSA, que não é confirmatório mais se torna o maior indicador para este tipo de neoplasia, e que na cidade de Caicó/RN a maior prevalência ocorre entre homens com 75 a 85 anos.

R E F E R Ê N C I A S

- AMORIM, V.M.S.L, BARROS, M.B.A, CÉSAR, C.L.G, GOLDBAUM, M, CARANDINA, L, ALVES, M.C.G.P. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2): 347-356, Fevereiro, 2011.
- CONTE, D.L, SARQUIZ, M, LARA, G.M, TAVARES, R.G. Avaliação dos Níveis Séricos de PSA Total e PSA Livre em uma Amostra da População de Novo Hamburgo, RS. NewsLab, ed. 101, 2010
- FILHO, V. W, MONCAU, J.E. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Vol.48, no.3, São Paulo, Julho/Setembro, 2002.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Normas e Recomendações de Prevenção do Câncer da Próstata. **Revista Brasileira de Cancerologia**;48(3):317-32, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://WWW.inca.gov.vom.br/inca/publicações.html>>. Acesso em: 09 de set. de 2011, 22:20:30.
- RHODEN, E.L, AVERBECK, M.A. Câncer de próstata localizado. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**; 54(1):92-99, Janeiro/Março, 2010.
- SANTOS, V.C.T, MILITO, M.A, MARCHIORI, E. O papel atua da ultrassonografiatransretal da próstata na detecção precoce do câncer de próstata. **Radiologia Brasileira**; 39(3):185-192, 2006.
- SROUGI, M, RIBEIRO, L.A, PIOVESAN, A.C, COLOMBO, J.R, NESRALLAH, A. Doenças da próstata. **Revista Médica**;87(3):166-77, São Paulo, Julho/Setembro, 2008.

Data de recebimento para publicação: 26.11.2012. - Data de aprovação do trabalho: 09.01.2013.

temas em
saúde

Prevalência de Papilomavírus Humano em Mulheres Atendidas nas Unidades de Saúde da Cidade de Patos-PB¹

Human Papillomavirus Prevalence in Women Attending Health Facilities in The City of Patos-PB

Aline Michele César Gonçalves Nicolau²
Albert Eduardo Silva Martins³

RESUMO: O HPV é o principal agente causador do câncer do colo de útero. A infecção cervical pelo Papilomavírus Humano representa a doença sexualmente transmissível mais frequente no mundo, podendo chegar de 25% a 40% na população em geral. O exame citológico, de Papanicolau e a colposcopia é uma das estratégias mais bem sucedidas para diagnóstico precoce de lesões precursoras do câncer cervical. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a prevalência da infecção pelo HPV em mulheres atendidas nas unidades de saúde da cidade de Patos-PB. Foi aplicado um questionário para caracterização do perfil sócio-econômico-cultural e fatores de risco para HPV, posteriormente foram coletados os resultados dos exames citopatológicos. Das 100 mulheres que aceitaram participar da pesquisa 93 (93%) tiveram resultados dos exames citológicos NILM (negativo para lesão intra-epitelial e malignidade) e, os 07 (7%) restante dos laudos apresentaram alterações citológicas compatíveis com a presença do HPV, onde: 04 (57,1%) das pacientes apresentaram LSIL, 2 (28,5%) com HSIL e 1 (14,2%) ASC-H. Com o desenvolvimento deste trabalho verificou-se a prevalência de lesões características da presença de HPV em mulheres jovens sexualmente ativas, com idade em torno de 36 anos. Existe uma estreita relação entre a infecção pelo papilomavírus humano e as lesões cervicais. Por isso a importância da detecção precoce de lesões precursoras do câncer do colo de útero.

UNITERMOS: Câncer de Colo. Papilomavírus. Prevalência do HPV.

ABSTRACT: HPV is the main causative agent of cervical cancer. The cervical infection by Human Papillomavirus is the most common sexually transmitted disease in the world and can reach 25% to 40% in the general population. The cytology, colposcopy and pap smear is one of the most successful strategies for early diagnosis of cervical cancer precursor lesions. This research aimed to evaluate the prevalence of HPV infection in women attending health facilities in the city of Patos-PB. A questionnaire was applied to characterize the socio-economic-cultural and risk factors for HPV. Of the 100 women who agreed to participate 93 (93%) had NILM Pap test results (negative for intraepithelial lesion and malignancy) and the 07 (7%) of the remaining reports showed cytological changes consistent with the presence of HPV, where: 04 (57.1%) of LSIL patients, 2 (28.5%) with 1 and HSIL (14.2%) ASC-H. Com o desenvolvimento deste trabalho verificou-se a prevalência de lesões características da presença de HPV em mulheres jovens sexualmente ativas, com idade em torno de 36 anos. There is a close relationship between human papillomavirus infection and cervical lesions. Hence the importance of early detection of cancer precursor lesions of the cervix.

KEYWORDS: Cervical Cancer. Papillomavirus. HPV Prevalence.

1. Artigo Retirado da Monografia apresentada ao Curso Bacharelado em Biomedicina.

2. Graduando do Curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos, Paraíba, Brasil. Endereço para correspondência: Rua Silvino Romeu, 189, centro, Água Branca, CEP.: 58748-000, Paraíba, Brasil, e-mail: amcg.nina@gmail.com.

3. Docente da disciplina de Imunologia do Curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o segundo mais frequente entre as mulheres brasileiras, com predominâncias nos países em desenvolvimento, sendo que o mesmo é considerado como quarta maior causa de óbitos por carcinoma entre as mulheres brasileiras (JUNIOR *et al.*, 2011).

O HPV (papiloma vírus humano) é o principal agente causal do CCU (Câncer do colo de útero) e está dividido em 2 grupos de risco oncogênico (6, 11, 40, 42, 43, 44) precursores de lesões intra epitelial de baixo grau (LSIL) e condilomas acuminado; e alto risco oncogênico (16, 18, 31, 33, 35, 42, 52), responsáveis pelas lesões intra epiteliais cervicais de alto grau (HSIL) e câncer de colo de útero (GIRIANELLI, THULER, SILVA, 2010; SCHEIDT *et al.*, 2010).

O vírus do HPV causa efeito citopático de graus variados, desde uma lesão de baixo grau passando por uma lesão de alto grau e que pode evoluir para um carcinoma *in situ* e até mesmo carcinoma invasor (MENDONÇA *et al.*, 2010). Segundo Nakagawa, Schirmer, Barbieri, (2010) a cada ano aproximadamente 5-15% das mulheres ainda não infectadas podem vir a adquirir o vírus do HPV de alto risco, onde 25% dessas mulheres possuem de 15-19 anos.

Apesar do câncer do colo do útero (CCU) ser ainda um problema de saúde pública no Brasil, o diagnóstico e tratamento precoce apresenta uma grande probabilidade de cura (GAMARRA, VALENTE, SILVA, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde através do INCA (Instituto Nacional do Câncer), desenvolveu o Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, com o propósito de redução da mortalidade e das consequências físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, ofertando serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (MS/INCA, 2002).

Atualmente são utilizados três parâmetros para diagnóstico do CCU: citologia, colposcopia e histologia que é considerado como o exame padrão ouro. Sendo que para identificação do subtipo viral é importante o diagnóstico molecular, como o teste de captura híbrida e PCR (SCHEIDT *et al.*, 2010; INCA, 2011).

O principal objetivo do tratamento é erradicar as lesões, pois ainda não existem métodos ou terapia medicamentosa eficaz na erradicação do vírus. Atualmente existem três formas de tratamento: químico, cirúrgico e o uso de imunomoduladores. A escolha vai depender de vários fatores: tamanho e extensão da

lesão, imunidade da paciente, eficácia e efeitos adversos, capacidade técnica do médico e principalmente do consentimento do paciente (JUNIOR, 2006).

É fato que estes programas ainda estão longe de alcançar o ideal, pois ainda há uma deficiência no que se diz respeito às estratégias de atrair a população feminina para este serviço. Inúmeras mulheres deixam de fazer o exame de prevenção, por medo, vergonha, ignorância e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, dificultando assim o diagnóstico precoce. Deve ser levado em consideração que o diagnóstico tardio para o CCU diminui a probabilidade de cura dependendo do estágio da lesão (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

O presente trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência da infecção pelo HPV em mulheres atendidas nas unidades de saúde da cidade de Patos-PB e correlacionar os possíveis fatores de riscos que estão relacionados ao desenvolvimento das lesões precursoras do CCU; Caracterizar a população de estudo quanto o status da infecção do HPV e demonstrar os fatores epidemiológicos da população em relação da infecção pelo vírus HPV.

METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa realizado em unidades de saúde da cidade de Patos no Estado da Paraíba. A população de estudo foi baseada nos habitantes (100.674) da cidade de Patos no Estado da Paraíba e a amostragem foi constituída pelas primeiras 100 voluntárias que aceitaram fazer parte da pesquisa, considerando tal amostragem equivalente a 100% do total proposto. Tendo como critérios de inclusão: ser do sexo feminino, serem atendidas nas unidades de saúde da cidade de Patos-PB e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) e, o critério de exclusão, foi possuir idade inferior a 18 anos de idade. A coleta de dados foi realizada utilizando um questionário (APÊNDICE C) para caracterização do perfil socioeconômico e fatores de risco presente, contendo 11 perguntas objetivas. Os dados foram coletados durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2012. Foi considerada a classificação de Bethesda (2001) onde: LSIL (lesão intraepitelial escamosa de baixo grau), HSIL (lesão escamosa de alto grau), ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado), ASC-H (célula escamosa atípica, não é possível excluir HSIL), e carcinoma de células escamosas. Os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o

N.B.

(1) As idéias e todo o conteúdo dos artigos publicados em Temas em Saúde são de responsabilidade única e exclusiva dos autores que colaboraram com a presente edição deste veículo de comunicação. Neste sentido, o editor deixa clara sua isenção contra qualquer protesto que reclame o uso de direitos autorais patrimoniais não autorizados por seus detentores.

(2) A diagramação dos textos publicados nesta edição obedeceu a critérios relacionados ao projeto gráfico desenvolvido para a revista Temas em Saúde, o que implicou em ajustes no formato original com que os artigos foram encaminhados à nossa produção editorial. Contudo, não houve qualquer interferência para modificar, suprimir ou acrescentar elementos à expressão original desses artigos.

(3) A produção editorial de Temas em Saúde agradece aos autores que colaboraram encaminhando seus artigos para esta publicação.

software Microsoft Excel. É importante esclarecer que a realização deste estudo considera a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos. E que todos os sujeitos da pesquisa assinaram o TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade dos sujeitos esta garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE B).

RESULTADOS E DISCURSÕES

A análise dos resultados das citologias de 100 pacientes, de acordo com a classificação de Bethesda (2001), mostrou que 93 (93%) laudos citológicos foram normais, classificados como NILM e 07 (07%) resultados apresentaram alterações citológicas como mostra a tabela 01.

Tabela 01 - Distribuição das pacientes e exames citológicos

	VARIÁVEIS	Nº	%
Idade	18-28 anos	32	32
	29-38 anos	26	26
	39-48 anos	25	25
	50 ou mais	17	17
	TOTAL	100	100
Escolaridade	Não alfabetizado	13	13
	1º grau completo	39	39
	2º grau completo	42	42
	3º grau completo	06	06
	TOTAL	100	100
Renda Familiar	< 01 salário mínimo	44	44
	1 a 3 salários mínimos	49	49
	> 3 salários mínimos	05	05
	Não sabe	02	02
	TOTAL	100	100
Exame Preventivo	Sim	80	80
	Não	17	17
	Não sabe	03	03
	TOTAL	100	100
Contraceptivo	Sim	33	33
	Não	67	67
	TOTAL	100	100
Tabagismo	Sim	19	19
	Não	72	72
	Ignorado	09	09
	TOTAL	100	100
Início da atividade sexual	Antes do 16 anos	48	48
	Depois do 16 anos	47	47
	Ignorado	05	05
	TOTAL	100	100
Nº de parceiros sexuais (últimos 12 meses)	01	86	86
	Mais de 01	11	11
	Ignorado	03	03
	TOTAL	100	100

Drogas	Sim	00	00
	Não	100	100
	Ignorado	00	00
	TOTAL	100	100
Álcool	Todo dia	01	01
	2-3 dias	28	28
	Ignorado	71	71
	TOTAL	100	100
Gestação	Nenhuma	31	31
	1-2	39	39
	3-4	23	23
	5 ou mais	06	06
	Ignorado	01	01
	TOTAL	100	100
Citologia	Com alteração	07	07
	Sem alteração	93	93
	TOTAL	100	100

A idade média observada foi de 36 anos com variação de 18 a 71 anos de idade. Dentre os 07 (7%) laudos que apresentaram alterações citológicas: 04 (57,1%) pacientes apresentaram LSIL, 2 (28,5%) com HSIL e 1 (14,2%) com ASC-H. A caracterização da amostra segundo demais características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas encontram-se na tabela 2.

Com relação à escolaridade, observou-se que a maioria (87%) era alfabetizada com no mínimo o ensino fundamental completo.

Segundo Bezerra et al. (2005) e Santos, Macêdo, Leite (2010), mulheres com maior tempo de escolaridade cuidam melhor da sua saúde, procurando mais os serviços de saúde aumentando a positividade dos indicadores de saúde. Já a baixa escolaridade favorece o aumento das dificuldades sobre o esclarecimento relacionado a medidas preventivas, assim como os fatores de risco.

A idade das pacientes com resultado citológico de LSIL variou entre 26 e 63 anos, enquanto que para pacientes com resultado de HSIL, a faixa etária foi de 43 a 57 anos e apenas uma paciente apresentou resultado de ASC-H com idade de 19 anos. O Ministério da Saúde preconiza que o exame citopatológico deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Segundo a OMS, a incidência de CCU aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na 5ª ou 6ª década de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regridirão espontaneamente na maioria dos casos (INCA, 2011).

Estudos mostram que não há um fator definido para explicar a alta incidência do CCU a partir dos 50 anos de idade, mas que atribuem esse fato a imunossenescência que causa reativação da infecção latente. Outra explicação seria resultante das alterações hormonais na menopausa ou alterações do colo uterino causada pela reposição hormonal (NEVES et al., 2011).

Estudos realizados por Harris et al., (1980), demonstraram que há uma associação entre a contracepção hormonal e o risco para infecção pelo HPV no qual os resultados evidenciaram os riscos relativos de 2:1 para carcinoma "in situ" e para displasia, em pacientes usuárias de contraceptivo oral por 10 anos ou mais. No presente estudo foi observado que 85,7% das pacientes

com alterações citológicas, faziam o uso de contraceptivo oral. E o mecanismo sugerido pelo autor para explicar o maior risco seria a influência progestacional do contraceptivo no processo de maturação normal do epitélio cervical, tornando este tecido mais susceptível a agentes sexualmente transmissíveis.

Tabela 2 - Infecção genital por HPV e lesões precursoras do câncer do colo de útero, segundo características sócio-demográficas, sexuais e reprodutivas.

	VARIÁVEIS	HPV+/ TOTAL	% HPV +	Resultados Citológicos
Idade	18-28 anos	02	28,5	LSIL
	29-38 anos	01	14,2	LSIL
	39-48 anos	02	28,5	LSIL/HSIL
	50 ou mais	02	28,5	LSIL
	TOTAL	07	100	
Escolaridade	Não alfabetizado	01	14,2	HSIL
	1º grau completo	01	14,2	LSIL
	2º grau completo	05	71,4	LSIL/ASCH/HSIL/HPV
	3º grau completo	00	00	---
	TOTAL	07	100	
Renda Familiar	< 01 salário mínimo	02	28,5	LSIL
	1 a 3 salários mínimos	05	71,5	LSIL/HSIL
	> 3 salários mínimos	00	00	---
	Não sabe	00	00	---
	TOTAL	07	100	
Exame Preventivo	Sim	05	71,4	LSIL/HSIL
	Não	02	28,6	ASC-H
	Não sabe	00	00	---
	TOTAL	07	100	
Contraceptivo	Sim	06	85,7	ASC-H
	Não	01	14,2	LSIL/HSIL
	TOTAL	07	100	
Tabagismo	Sim	00	00	---
	Não	06	85,7	LSIL/HSIL/ASC-H
	Ignorado	01	14,2	LSIL
	TOTAL	07	100	
Início da atividade sexual	Antes do 16 anos	03	42,8	LSIL
	Depois do 16 anos	05	71,2	LSIL/HSIL/ASC-H
	Ignorado	00	00	---
	TOTAL	07	100	
Nº de parceiros sexuais (últimos 12 meses)	01	06	85,7	LSIL/HSIL/ASC-H
	Mais de 01	01	14,2	LSIL
	Ignorado	00	00	---
	TOTAL	07	100	
Drogas	Sim	00	00	---
	Não	07	100	LSIL/HSIL/ASC-H
	Ignorado	00	00	---
	TOTAL	07	100	
Álcool	Todo dia	00	00	---
	2-3 dias	03	42,8	HSIL
	Ignorado	04	57,1	HSIL/LSIL/ASC-H
	TOTAL	07	100	
Gestação	Nenhuma	03	42,8	HSIL/ASC-H/LSIL
	1-2	02	28,5	---
	3-4	01	14,2	HSIL
	5 ou mais	01	14,2	HSIL
	Ignorado	00	00	---
	TOTAL	07	100	

Através das informações ambulatoriais das pacientes com resultado histopatológico alterado, foi possível observar que a maioria não fazia o exame preventivo anualmente. Dos resultados com alterações: 04 tiveram como diagnóstico LSIL, sendo observado que as pacientes passaram até três anos sem fazer o exame. O Ministério da Saúde (2011), recomenda que mulheres com resultado diagnóstico de LSIL devam repetir o exame citopatológico em seis meses. Com relação às lesões HSIL, haviam duas pacientes, e as mesmas haviam feito o exame entre 4-7 anos atrás. Nas fichas de acompanhamento das mesmas foi observado que já haviam alterações celulares (ASC-H), ficando claro que houve progressão da lesão. Foi constatado que uma paciente com diagnóstico de ASC-H havia realizado o exame no ano anterior.

O baixo índice de lesões precursoras do CCU, pode estar associado a fase de latência do vírus HPV, pois o vírus pode retardar a resposta imune do hospedeiro, ficando latente por muito tempo (MIDDLETON et al., 2003).

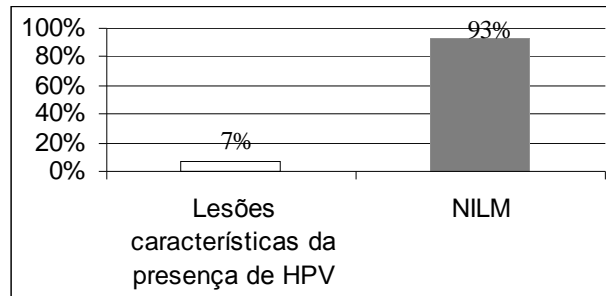
Com relação ao número de parceiros sexuais, 06 (85,7%) mulheres que apresentavam lesões cervicais eram casadas.

O tabagismo e o número de parceiros sexuais foram fatores de baixa representatividade no conjunto estudado. O que diverge com outros estudos, segundo Rama et al. (2008) e Mello (2010), tabagismo e o número de parceiros sexuais são considerados como um dos principais fatores para o desenvolvimento do câncer cervical.

O gráfico 01 mostra o percentual de casos de HPV, onde 07% das mulheres apresentaram o diagnóstico compatível com presença de HPV e 93% dessas mulheres, apresentaram diagnóstico normal.

O maior percentual está entre as mulheres que tiveram diagnóstico NILM (negativo para lesão intraepitelial e malignidade), como mostra o gráfico 01.

Figura 01 - Distribuição percentual da possível infecção pelo vírus HPV, Patos-PB.



CONCLUSÕES

Com o desenvolvimento deste trabalho verificou-se a prevalência de lesões características da presença de HPV em mulheres jovens sexualmente ativas, com idade em torno de 36 anos.

Existe uma estreita relação entre a infecção pelo papilomavirus humano e as lesões cervicais. Embora não tenha sido detectado nenhum caso de câncer do colo de útero na população analisada, é importante resaltar que as lesões consideradas como precursoras desempenham um importante papel no processo evolutivo para o câncer cervical (ZUR, 2000).

Nosso estudo apresentou um valor elevado de negatividade para lesões intraepiteliais e malignidade (NILM). Deduzindo-se que as mulheres estão cuidando melhor da saúde, procurando fazer exames de prevenção anualmente, havendo uma melhoria da qualidade de vida das mulheres deste município, conseqüentemente haverá redução da morbimortalidade por câncer cérvico uterino, através da identificação precoce do câncer pelo exame de Papanicolau e tratamento adequado da doença e suas lesões precursoras.

R E F E R Ê N C I A S

- BEZERRA, S. J. S.; GONÇALVES, P. C.; FRANCO, E. S.; PINHEIRO, A. K. B. Perfil de Mulheres Portadoras de Lesões Cervicais por HPV Quanto aos Fatores de Risco para Câncer de Colo Uterino. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 2, p. 143-148, 2005.
- CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Sociedade São Paulo**, v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008.
- DINIZ, G. C. Vírus do papiloma humano (HPV): aspectos moleculares, reação imunológica do hospedeiro e bases do desenvolvimento da vacina. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, v. 1, n. 3, p. 114-120, 2009;
- DUTRA, I. C. F. **Aspectos Moleculares do Cancro do Colo do Útero**: variantes genéticas como factores de risco. 2010. 50 f. Dissertação (Mestrado em Biologia Molecular e Genética) - Faculdade de Ciências, Lisboa, 2010.
- FERRARO, C. T. L.; CANEDO, N. H. S.; OLIVEIRA, S. P.; CARVALHO, M. G. C.; DIAS, E. P. Infecção oral pelo HPV e lesões epiteliais proliferativas associadas. **Brasil Patologia Medica Laboratorial**, v. 47, n. 4, p. 451-459, ago. 2011.
- GAMARRA, C. J.; VLENTE, J. G.; SILVA, G. A. Magnitude da Mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Revista Panam Salud Pública**, v. 28, n. 2, p. 100-6, 2010.
- GRINELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; SILVA, G. A. Prevalência de HPV em mulheres assistidas pela estratégia saúde da família na Baixa Fluminense do estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, jan., 2010.
- HARRIS, R. W.; BRINION, L. A.; CONDELL, R. H. Characteristics of women with dysplasia on carcinoma in situ of the cervix uteri. **British Journal of Cancer**, London, v. 42, n. 3, p. 359-369, 1980.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre o câncer do colo do útero** Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. P. 59.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio a Rede de Atenção

- Ontológica. **Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto nacional do câncer. Coordenação Geral de Ações estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011. P. 18-19.
- ITO, M. M.; VARGAS, S.M.; SUZUKI, L. E.; MERLIN, J. C. Dimensão da participação do papilomavírus humano (HPV) na evolução do câncer cérvico-vaginal. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, 42(2), p. 127-129, 2010.
- JUNIOR, G. M. **Patologia Cervical: da teoria à prática clínica**. Rio de Janeiro: Med Book, 2006, 226 p.
- JUNIOR, S. F. L.; FERNANDES, M. C. M. F.; HERÁCLIO, S. A.; SOUZA, P. R. E.; MAIA, M. M. D. Prevalência dos genótipos do papilomavírus humano: comparação entre três métodos de detecção em pacientes de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 10, p. 315-320, 2011.
- LIMA, H. C. Fatos e mitos sobre imunomoduladores. **Análises Brasileiras de dermatologia**, v. 82, n. 3, Rio de Janeiro, mai-jun. 2007;
- MELLO, E. J. C. J.; SILVA, D. F.; BRITO, L. M.; LOBÃO, W. J. M.; SOUSA, M. D. G; NASCIMENTO, M. D. S. B. Epidemiologia do Papilomavírus Humano (HPV) em adolescentes - Revisão Bibliográfica. **News Lab**. Ed. 101, 2010.
- MENDONÇA, V. G.; GUIMARÃES, M. J. B.; FILHO, J. L. L.; MENDONÇA, C. G.; MARTINS, D. B. G.; CROVELLA, S.; ALENCAR, L. C. A. Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v. 32, n. 10, p. 376-485, 2010.
- NADAL, L. R.; NADAL, S. R.; Doenças Sexualmente transmissíveis. Indicação da vacina contra o HPV. **Revista brasileira de Patologia**, v. 28, n. 1. Rio de Janeiro jan/mar 2008, p. 124, 125.
- NAKAGAWA, J. T. T.; SCHIRMER, J.; BARIERI, M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 63(2), p. 307-311, mar-abr, 2010.
- NEVES, N. A.; ANDRADE, L.; NEVES, R. A.; ABADE, B. História natural da infecção pelo papilomavírus humano. **Revista Brasileira de Patologia do Trato Genital Feminino**, v. 1, n. 1, p. 9-12, 2011.
- PEDREGOSA, J. F.; RODRIGUES, D. A.; MUNHOZ, N. G.; RODRIGUES, J. O.; JUNQUEIRA, M. S. G.; YONAMINE, P. T. K.; PEREIRA, S. F.; UEZATO, S.; CARVALHO, D. A. T.; CURY, P. M.; BONILHA, J. L. Perfil sócio-econômico-cultural e fatores de risco em pacientes com neoplasia intra-epitelial cervical persistente. **Arquivo de Ciência e Saúde**, São José do Rio Preto, p. 42-47, jan-mar. 2010.
- SANTOS, M. S.; MACÊDO, A. P. N.; LEITE, M. A. G. Percepção de Usuárias de uma Unidade de Saúde da Família Acerca da Prevenção do Câncer do Colo do Útero. **Revista Atenção Primária a Saúde, Juiz de Fora**, n. 3, p. 310-319, jul./set. 2010.
- SANTOS, N. S. O.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. **introdução a virologia humana**. 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- SCHEIDT, M. B.; RICHTER, E. G.; SILVA, J. C.; SCHEIDT, J. B.; POLETTO, F.; OBARA, H. R. O. Impacto do serviço de patologia na prevalência do câncer de colo uterino em saúde pública. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 39, n. 2, 2010.
- SILVA, A. K.; SISENANDO, H. A. A. A.; SISENANDO, S. T. L. C. N.; RAMOS, E. S. N. Papilomavírus Humano (HPV) e sua Associação com Lesões Cervicais em Mulheres Atendidas nas Unidades de Saúde do Município de Serra Caiada, RN. **NewsLab**, Rio Grande do Norte, ed. 94, p. 112-121, 2009.

Data de recebimento para publicação: 26.11.2012. - Data de aprovação do trabalho: 09.01.2013.

Assistência de Enfermagem Prestada aos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 nas Unidades Básicas de Saúde¹

Nursing Care Given to Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Basic Health Units

Flávia Eunice Gonsalves dos Santos²

Maria de Magdala Nóbrega³

Maria Mirtes da Nóbrega⁴

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros⁵

RESUMO: Diabetes Mellitus é considerado um sério problema de saúde pública. Assim, este estudo objetivou conhecer a assistência de enfermagem às pessoas com diagnóstico dessa patologia. O estudo é do tipo descritivo, quantitativo. A amostra envolveu 6 (seis) enfermeiras que atuam na estratégia saúde da família no município de Santa Luzia-PB. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2012 por meio de um questionário. Os dados foram analisados através da estatística descritiva. Quanto aos dados sociodemográficos, (100%) são do sexo feminino, com idade entre 24 e 42 anos, sendo a maioria católica, com tempo de atuação na atenção básica variando de 1 a 6 anos, (34%) delas possui especialização em saúde pública. Quanto ao conhecimento sobre a patologia, os resultados foram (100%) satisfatórios; Quando questionadas em relação à realização da consulta de enfermagem, (100%) disseram sim; Orientações para manter os níveis adequados de glicose no sangue, (100%) disseram fornecê-las; Teste de glicemia capilar (83%) dizem realizar; Orientações acerca de medidas para se ter uma vida saudável, (100%) disseram sim; Informações sobre benefícios e reações adversas acerca dos hipoglicemiantes orais e/ou insulina (83%) disseram sim; Estimula a seus clientes realizar atividade física, (66%) dizem fazer esse tipo de atividade junto ao Núcleo de Assistência à Saúde da Família; Orientações voltadas para o uso de uma dieta livre de açúcares e carboidratos, (100%) disseram sim; Aos cuidados com materiais perfurocortantes e ferimentos, (100%) deram respostas cabíveis. Conclui-se que o enfermeiro tem um papel determinante e imprescindível na melhoria da qualidade de vida do portador de diabetes mellitus tipo 2.

UNITERMOS: Assistência de Enfermagem. Diabetes Mellitus. Estratégias Saúde da Família.

ABSTRACT: *Diabetes Mellitus is considered a serious public health problem. This study aimed to know the nursing care compared to DM 2. The study is a descriptive, quantitative and qualitative. The sample included six (6) nurses that work at FHS in Santa Luzia-PB. Data collection was conducted in September 2012 by means of a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics. According to demographic data, (100%) are female, aged 24 to 42 years, mostly Catholic, with operating time in FHS ranging from 1 to 6 years (34%) of those with a specialization in public health. Regarding knowledge of the pathology, the results were (100%) satisfactory; When asked: In relation to the consultation nursing (100%) said yes; guidelines to maintain adequate levels of blood glucose (100%) said supply them; Testing blood glucose (83%) say they do; guidelines about steps to have a healthy lifestyle, (100%) said yes; Information about benefits and adverse effects of oral hypoglycemic agents and / or insulin (83%) said yes; stimulates your customers perform physical activity (66%) say they do this kind of activity with the NASF; Guidelines focused on the use of a diet free of sugar and carbohydrates (100%) said yes; to care and sharp injuries (100%) gave reasonable answers. We conclude that the nurse has a role and essential in improving the quality of patients' life with T2DM.*

KEYWORDS: *Nursing Care. Diabetes Mellitus. Family Health Strategies.*

1. Artigo extraído de trabalho apresentado às Faculdades Integradas de Patos, para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

2. Pedagoga. Bacharel em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Endereço residencial: Rua Parque Sabugi, 166, Bairro São José. Santa Luzia-PB E-mail: flaeuni@hotmail.com.

3. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente no curso de Bacharelado em Enfermagem - FIP.

4. Enfermeira. Mestre em Ciências da Educação. Docente no curso de Bacharelado em Enfermagem - FIP.

5. Enfermeira. Especialista em Urgência e emergência. Docente no curso de Bacharelado em Enfermagem - FIP.

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus reúne um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis aumentados de glicose no sangue, podendo ser do tipo 1 e do tipo 2. O tipo 1 (diabetes insulino-dependente) caracteriza-se pela situação em que o organismo não produz insulina suficiente, sendo as células pancreáticas destruídas por um processo autoimune. No caso de diabetes mellitus tipo 2 (diabetes não insulino-dependente), ocorre um distúrbio metabólico caracterizado pela deficiência relativa da produção de insulina, ação diminuída desse hormônio e resistência aumentada ao mesmo. Afeta milhões de pessoas em todo o mundo, considerado mais comum. Cerca de 90 a 95% de todos os casos são diagnosticados como diabetes do tipo 2 (SMELTEZR; BARE, 2009).

Para os supracitados autores, o diagnóstico precoce e tratamento adequado podem evitar possíveis complicações futuras, principalmente no que diz respeito aos órgãos-alvos como olhos, rins, coração e o cérebro. No entanto, o sucesso do tratamento depende da compreensão que o paciente tenha a respeito da doença, bem como da competência e do conhecimento que os profissionais de saúde tenham com relação à terapêutica. Vale salientar que ações educativas, informativas, de prevenção e terapêutica são medidas potencializadoras para o conhecimento e tratamento precoce dessa patologia.

A atenção de profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde Família, em especial, no Hiperdia vislumbra garantir a adesão do paciente ao tratamento, tanto no que tange à mudança de comportamento quanto no que diz respeito à adesão à terapia medicamentosa (CASTRO *et al.*, 2007). O enfermeiro deve intervir nos quadros de hiperglicemia de forma específica direcionando a terapia medicamentosa, orientando quanto à necessidade de mudança de hábitos favoráveis a um estilo de vida saudável, diminuindo a chance de maiores complicações.

Antczak (2005) adverte que uma assistência de qualidade ao portador de diabetes mellitus exige manter a monitoração cuidadosa da glicemia para orientar o tratamento medicamentoso, planejamento individualizado das refeições orientado pelas respectivas necessidades nutricionais, rigoroso controle de glicemia e níveis de lipídeos, redução do peso e exercícios físicos regulares diariamente. Cabe ao profissional orientar o paciente e seus familiares quanto a informações acerca do processo da doença, de complicações potenciais, rigorosa conduta nutricional, da automonitoração da glicemia, e tratamento com insulina e/ou medicamentos orais. Os enfermeiros necessariamente devem desempenhar ações que objetivem o desenvolvimento de uma assistência de qualidade, que leve em consideração a importância da prevenção e controle dessa patologia.

Diante desse contexto o presente estudo teve como objetivo conhecer as ações desenvolvidas pelos enfermeiros junto aos portadores de diabetes mellitus tipo 2 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), procurando responder à questão: Os enfermeiros desenvolvem significativamente em sua prática assistencial ações, informações e acompanhamento das pessoas que convivem com a diabetes?

METODOLOGIA

Este estudo foi do tipo descritivo com abordagem quantitativa, realizado nas unidades básicas de saúde no Município de Santa Luzia-PB. Sua população foi composta por 6 (seis) enfermeiras que prestam assistência nas referidas unidade e a amostra foi constituída de 100% das enfermeiras que aceitaram participar do referido estudo assinando o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Teve como critérios de inclusão: Ser Enfermeiro com atuação nas unidades básicas de saúde; e atuar no programa do HIPERDIA. Foram excluídos deste trabalho aquelas enfermeiras que, mesmo trabalhando nas referidas unidades e atuando no programa acima citado, não tinham vínculo de emprego com a Secretaria Municipal de Saúde daquele município.

Os dados foram coletados a partir de um roteiro estruturado de entrevista contendo perguntas objetivas e subjetivas (Apêndice B), caracterizando a delimitação desejada, como subsídio do problema posto.

Somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos (FIP), a coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro junto às enfermeiras, após assinarem o TCLE, nas dependências do próprio ambiente de trabalho, em horário e local, conforme disponibilidade das mesmas.

Os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva e os resultados apresentados em forma de tabelas, quadros e gráficos. Quanto aos dados qualitativos foi feita uma análise da fala dos sujeitos baseada em literaturas pertinentes. Todos os procedimentos da pesquisa tomaram como base os princípios éticos preconizados pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A princípio procurou-se traçar o perfil da amostra entrevistada. Nesse sentido, foram colhidas informações quanto ao sexo, faixa etária, religião, tempo de atuação na estratégia da saúde da família (ESF) e grau de escolaridade, cujos resultados estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização do Perfil Sociodemográfico da amostra (n = 6).

VARIÁVEIS	CLASSES	Nº	%
SEXO	Masculino	00	00
	Feminino	06	100
FAIXA ETÁRIA	18 a 23 anos	00	00
	24 a 29 anos	03	50
	30 a 35 anos	01	17
	36 a 41 anos	01	17
	> 42 anos	01	16
RELIGIÃO	Católica	04	66
	Cristã (Evangélica)	01	17
	Espírita	01	17

TEMPO DE ATUAÇÃO EM ESF	01 a 03 anos	03	50
	03 a 04 anos	00	00
	05 a 06 anos	01	17
	Acima de 06 anos	02	33
GRAU DE ESCOLARIDADE	Sem especialização	03	50
	Especialista	03	50
TOTAL			100%

De acordo com a Tabela 1 percebe-se que a população do estudo foi composta por 6(seis) 100% das enfermeiras que atuam nas Estratégias Saúde da Família do Município de Santa Luzia-PB.

Um dos motivos pelo qual a enfermagem é formada por uma grande maioria feminina se deu desde os primórdios com a influência de Florence Nightingale ao institucionalizar, na Inglaterra Vitoriana (1862), uma profissão para as mulheres, para a qual elas são “naturalmente preparadas” a partir de valores que se consideravam femininas (LOPES et al., 2005).

Percebe-se no estudo que 50% (n^o=03) das enfermeiras estão na faixa etária de 24 a 29 anos, 17% (n^o=01) entre 30 e 35, 17% (n^o=01) entre 36 e 41 e 16% (n^o=01) acima de 42 anos. Esses dados já eram esperados, pois ao terminar o curso de graduação a maioria termina nesta faixa etária e isso leva a um aumento maior na inserção do mercado de trabalho.

Quanto à religião, 66% (n^o=04) das enfermeiras entrevistadas são católicas, 17% (n^o=01) cristã (evangélica) e 17% (n^o=01) espírita. Percebeu-se que houve predominância da religião católica. Esses dados são confirmados pela literatura, segundo Gomes, et al. (2005) isso se deve a enfermagem ter vínculo com a igreja católica desde o período colonial, quando esta detinha o monopólio do cuidado aos doentes e da administração dos hospitais, principalmente das Santas Casas de Misericórdia.

Com relação ao tempo de atuação na ESF, 50% (n^o=03) atuam de 1 a 2 anos, 17% (n^o=01) 5 a 6 anos e 33% (n^o=02) acima de 6 anos. Esses dados também eram esperados já que não existe nenhuma rotatividade no serviço.

A tabela 1 ainda mostra que 50% (n^o=03) têm especialização, sendo que dessas, duas tem especialização em saúde pública e uma em saúde do trabalhador. Os demais 50% (n^o=03) da amostra não possuem título em nível de Pós-Graduação. Esse resultado nos surpreendeu, pois de acordo com o Ministério da Saúde os enfermeiros devem se especializar em saúde pública ou saúde da família, para ter mais conhecimento e consequentemente prestar uma assistência de qualidade à população.

DADOS RELEVANTES AO OBJETIVO DO ESTUDO

Quadro 1 - Respostas das participantes em relação: o que é o Diabetes Mellitus tipo 2, medidas de prevenção, tratamento, complicações, faixa etária que mais acomete ao indivíduo, dentre outros fatores pertinente ao conteúdo, (n^o= 6).

Enf. 1 “Diabetes Mellitus tipo 2 é um distúrbio metabólico, caracterizado pelo elevado nível de glicose no sangue no âmbito da resistência à insulina e pela insuficiência relativa de insulina. A prevenção se dá através de uma dieta equilibrada e de exercícios físicos regulares. O tratamento tem o objetivo de manter os parâmetros normais da glicose no sangue, mudança no estilo de vida associada com uso das medicações e em alguns casos da insulina, em pacientes obesas a cirurgia de redução de peso é eficaz no tratamento do diabetes. As complicações incluem: doenças cardiovasculares, AVC, amputações, cegueira, insuficiência renal crônica, entre outras. A faixa etária acometida frequentemente são adultos e idosos pelo tipo 2. Mas também pode acometer qualquer pessoa cujo grupo de risco são: pessoas com excesso de peso, mulheres que tiveram diabetes na gestação, pessoas com história familiar de diabetes mellitus tipo 2 e pessoas com síndrome metabólica”.

Enf. 2 “[...] é resultado geralmente de uma diminuição da sensibilidade das células à insulina e por sua vez uma diminuição na produção de insulina. Acomete mais idosos e obesos; e inicialmente pode ser tratada por dieta apenas ou uso de antiglicemiantes orais”.

Enf. 3 “É uma doença caracterizada por um nível elevado de glicose. E tratada com medicamentos orais e controle alimentar associado com atividade física. O sexo feminino é o mais acometido com incidência mais frequente após os 50 anos. A prevenção da doença esta relacionada com hábitos de vida saudável, com ingestão de frutas, legumes associados ao exercício físico. As principais complicações são: doenças cardiovasculares, oftalmológicas, renal, amputações”.

Enf. 4 “Diabetes mellitus tipo 2 ou não insulino-dependente ou diabetes do adulto ocorre em 90% dos casos de diabetes. Diabetes é a elevação de glicose no sangue. Ocorre mais em pessoas obesas e com idade superior a 40 anos. A melhor forma de tratamento é controlar as taxas de açúcar no sangue dependendo o médico pode receitar medicamentos. Risco de doença, cardiovascular, cegueira, etc.”.

Enf. 5 “É uma doença crônica, que eleva a glicose e acomete pessoas acima de 40 anos. As principais complicações são obesidade, pé diabético, ou seja, ferimento de difícil cicatrização, dislipidemia, e tem como tratamento drogas antiglicemiantes, dietas com pouca açúcar. As formas de prevenção manter hábitos de alimentação saudáveis, fazer atividade física, não fumar e nem beber, fazer controle periódico da glicemia”.

Enf. 6 “o corre geralmente em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade. Embora na atualidade se vê com maior frequência em jovens em virtude dos maus hábitos alimentares, hereditário, estresse de vida cotidiana. Diabetes do tipo 2 pode ser prevenido através de uma dieta equilibrada e de exercícios físicos regulares. Mantendo os níveis de glicose dentro da normalidade. Mudança no estilo de vida, uso de medicamentos”.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2012.

Diante das falas expostas anteriormente pode-se confirmar que 66% (n^o=04) descreveram muito bem a doença, as medidas de prevenção, tratamento, complicações, faixa etária mais acometida. Restando 34% (n^o=02) que não responderam todas as indagações solicitadas. Mas, mesmo assim no pouco que falaram deixaram perceptível que estão cientes do que é o DM2 e sua gravidade. Esse resultado foi surpreendente, pois apesar de 50% (n^o=03) não ter especialização em saúde pública, todas demonstraram ter conhecimento sobre a doença. Evidencia-se que as enfermeiras apesar de nem todas serem especialistas em saúde pública, coletiva ou da família, mas estão preparadas para exercer a profissão e assim contribuir para a prevenção das possíveis complicações acarretadas pelo DM2. Para ratificar a fala das entrevistadas, autores diferentes foram elencados com seus posicionamentos acerca do que é Diabetes Mellitus tipo 2, medidas de prevenção, tratamento, complicações e faixa etária mais acometida.

A Diabetes Mellitus Tipo2 (Diabetes Mellitus não insulino-dependente): é originado de um distúrbio metabólico caracterizado pela deficiência relativa da produção de insulina, ação diminuída desse hormônio e resistência aumentada a ele (SMELTEZR; BARE, 2009).

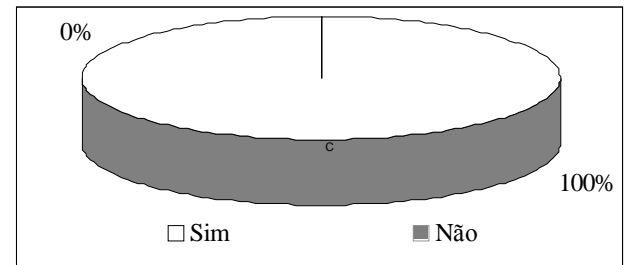
O diagnóstico correto e precoce da Diabetes Mellitus e das alterações da tolerância à glicose é extremamente importante porque permite que sejam adotadas medidas terapêuticas que podem evitar o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardar o aparecimento das complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes (GROSS *et al.*, 2002).

No tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2, os recursos medicamentosos são empregados, geralmente, em um segundo momento da terapêutica, diante da incapacidade de controlar os níveis glicêmicos pela prática da dieta e de exercícios físicos. Entre os agentes medicamentosos disponíveis para a terapia do diabetes estão incluídos a insulina e os hipoglicemiantes orais (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

Entre os tipos de diabetes, o Diabetes Mellitus tipo 2 é o de maior incidência, alcançando entre 90 e 95% dos casos, acometendo geralmente indivíduos de meia idade ou em idade avançada (SILVA; LIMA, 2002).

Pode-se afirmar que a Diabetes Mellitus tipo 2 constitui um dos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. As complicações micro e macrovasculares, decorrentes da doença, como as complicações oftalmológicas, cardiovasculares, renais e neurológicas. Entre as suas consequências mais frequentes, encontra-se o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular encefálico (AVE), a insuficiência renal crônica (IRC), as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes pré-natais (GRILLO; GORIN, 2007).

Gráfico 1 - Dados percentuais sobre a realização ou não das consultas de enfermagem para o controle dos níveis de glicose, (n^o= 6).

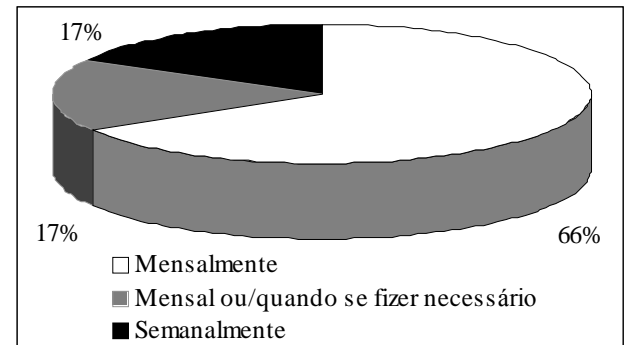


Fonte: Pesquisa de campo, 2012

De acordo com o **gráfico 1**, 100% (n^o=06) das enfermeiras fazem a consulta de enfermagem para controle dos níveis de glicemia. Evidencia-se neste resultado que as enfermeiras cumprem a Resolução 272/2004 do Conselho Federal de Enfermagem quando diz que em qualquer estabelecimento de saúde onde o enfermeiro atue deve fazer a sistematização da assistência de enfermagem (COFEN, 2004).

Segundo Miranzi *et al.* (2008) dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e a *Diabetes mellitus* são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias.

Gráfico 2 - Dados percentuais sobre a frequência das consultas de enfermagem, (n^o= 6).



Fonte: Pesquisa de campo, 2012

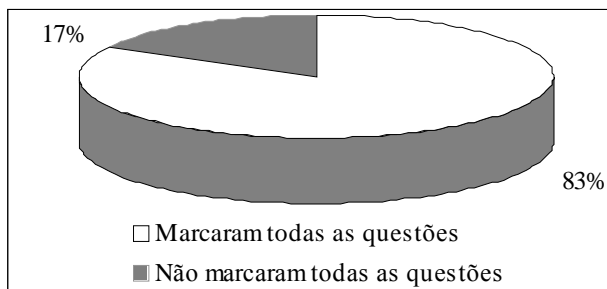
Baseado ainda na questão anterior, quando questionados sobre a frequência 66% (n^o=04) dizem realizar esse tipo de consulta mensalmente. 17% (n^o=01) afirmam realizar mensalmente e quando for necessário realiza mais de uma vez ao mês e apenas 17% dizem realizar semanalmente.

Entende-se que, com os resultados encontrados neste estudo, as enfermeiras demonstram participação assídua e ímpar no que diz respeito ao paciente cadastrado no Programa HIPERDIA, onde este durante as consultas de enfermagem trabalha no intuito de sensibilizar o usuário a fazer as mudanças necessárias em seus hábitos de vida, favorecendo a redução dos níveis de glicemia no sangue, bem com o controle da pressão

arterial e suas possíveis intercorrências.

O Ministério da Saúde, em 2001, visando organizar a assistência ao hipertenso e/ao diabético, lançou em todo o país, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, materializado no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), que constitui-se um sistema de cadastramento e acompanhamento desses usuários, no qual os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos pacientes e preenchimento desses dados. Visa permitir o monitoramento dos pacientes e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada (CARVLHO FILHA, 2011).

Gráfico 3 - Distribuição do percentual sobre orientações prestadas ao paciente com DM2 durante consultas de enfermagem, obtivemos os seguintes resultados, (n°= 6).

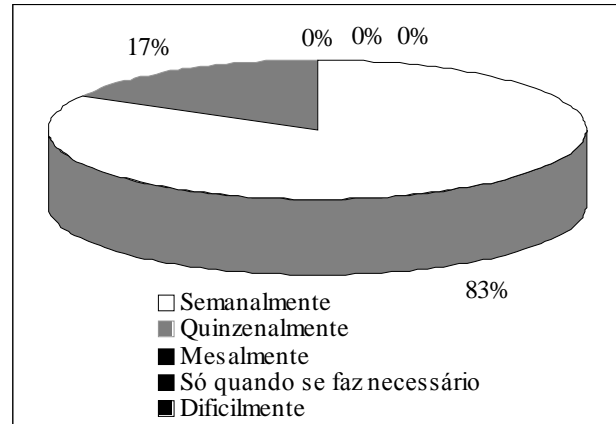


Fonte: Pesquisa de campo, 2012

De acordo com o gráfico 3, 83% (n°=05) disseram prestar orientações sobre a doença como: não comer alimentos que contenha açúcares, evitar comidas ricas em lipídeos e sal, orientação quanto ao uso dos hipoglicemiantes orais e/ou Insulina, cuidado com os ferimentos, em especial os pés, medidas de prevenção com materiais perfurocortantes e orientações quanto a importância de se realizar atividade física. Logo, evidencia-se nestes resultados que os profissionais estão preparados para assistir o paciente portador do diabetes mellitus tipo 2.

Corroborando com a fala supracitada Lyra et al., (2006) cita ainda que: Intervenções comportamentais e farmacológicas têm sido estudadas e implementadas com esse objetivo. Modificações no estilo de vida, tais como controle dietoterápico e prática sistemática de exercícios físicos, bem como o uso de alguns agentes orais, têm se mostrado eficazes.

Gráfico 4 - Distribuições dos dados percentuais sobre a frequência da realização da monitorização dos níveis de glicose no sangue através do teste de glicemia capilar, (n°= 6).



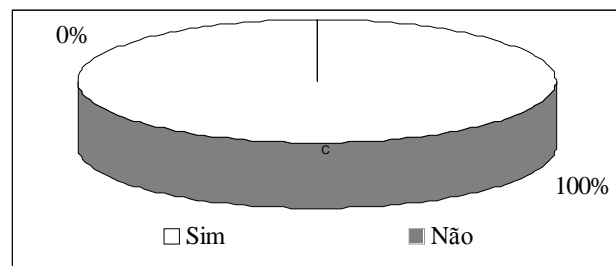
Fonte: Pesquisa de campo, 2012.

Evidencia-se no gráfico acima que 83% (n°=05) dos enfermeiros dizem realizar o teste de glicemia capilar mensalmente durante as consultas de enfermagem do HIPERDIA. Enquanto que 17% (n°=01) diz realizá-lo quinzenalmente.

Durante a consulta de enfermagem compete ao profissional, examinar, orientar sobre fatores de riscos para prevenir complicações, sobre o autocuidado, estilo de vida. Bem como realizar o teste de glicemia capilar no intuito de monitorar os níveis de glicose no sangue. Já que, o maior desafio para o controle da síndrome é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados.

Conforme São Paulo (2001) apud Rodrigues, Lima e Nozawa, (2006), a importância do controle do diabetes acentua-se pelo fato de constituir-se como a sexta causa básica de morte no Brasil, a principal causa de cegueira adquirida e de amputação de membros inferiores. Além disso, os pacientes diabéticos representam 30% das internações em unidades coronarianas intensivas com dor precordial. A chance de os portadores de diabetes sofrerem um derrame cerebral é duas vezes maior em relação aos não-diabéticos.

Gráfico 5 - Distribuições dos dados percentuais sobre as orientações para se adotar uma vida saudável, (n°= 6).



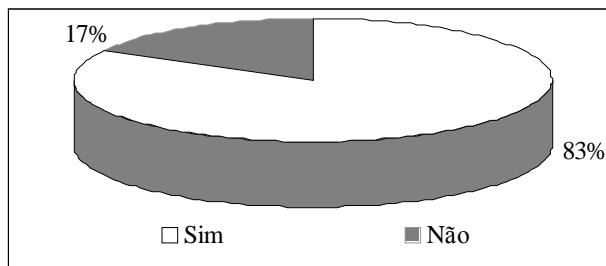
Fonte: Pesquisa de campo, 2012

Das entrevistadas 100% (n°=06) disseram prestar informações diversas acerca de se levar uma vida saudável, mesmo sendo portador de uma DCNT (Doença Crônica Não

Transmissível) e conseqüentemente conseguir sensibilizá-los a manter os níveis de glicose dentro dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde. São elas do tipo: As participantes de nº 1, 4, 5 e 6 responderam: “Estímulo a hábitos saudáveis de vida: evitar álcool, fumo e outros tipos de substâncias prejudiciais à saúde”. As participantes de nº 1, 2, 3, 4 e 6 disseram: “boa alimentação, como: instigar a redução do uso do sódio, ingesta reduzida ou fracionada de alimentos com açúcares, evitar frituras, beber bastante água, dá preferência a alimentos assados, cozidos ou grelhados”. As participantes de nº 2, 3 e 4 disseram: “que estimulam a seus clientes desenvolver algum tipo de atividade física regularmente”. A participante de nº 3 respondeu: “fazer exames e consultas, cuidado com uso de sapatos”.

Ser saudável com DM não depende somente da realização correta do tratamento e do sucesso do mesmo, mas também da maneira como a pessoa convive com sua condição de saúde, de conhecer suas possibilidades e limites, do apoio/ suporte que recebe e do acesso a uma educação em saúde com base no diálogo, em que a pessoa possa se expressar e construir novas maneiras de lidar com sua doença (FRANCIONI; SILVA, 2007).

Gráfico 6 - Distribuições dos dados percentuais das orientações repassadas aos pacientes sobre reações adversas acerca do hipoglicemiante orais e /ou insulina, (nº= 6).



Fonte: Pesquisa de campo, 2012.

De acordo com o gráfico 6, 83% (nº=05) das enfermeiras responderam sim, ou seja, repassam orientações aos pacientes sobre a hipoglicemia e outras possíveis reações adversas. Esse dado já era esperado, pois no primeiro questionamento evidencia-se o conhecimento das mesmas sobre a patologia. Porém, uma delas, ou seja, 17% (nº=01) afirma que essa função é de competência do médico.

Quando questionadas quais são essas informações as enfermeira responderam:

“hipoglicemia, sintomas, consumo de alimentos e de bebidas com glicose de imediato” (1,3 e 4);

“posterior orientação com o médico” (2);

“dificuldades em manter a dieta, praticar atividades físicas e informações sobre a medicação” (5 e 6).

Entende-se que o tratamento com hipoglicemiantes orais e ou insulina visam atenuar a resistência à insulina e melhorar a função da célula beta pancreática. Porém, deve-se dá uma maior atenção ao horário e a dose. Pois os mesmos podem desencadear quadros de hipoglicemia, diminuição dos níveis de glicose no sangue, e se essa não for reparada poderá levar o paciente ao

coma e conseqüentemente a óbito.

A educação terapêutica contínua e o apoio efetivo dos profissionais de saúde são necessários para fornecer ao indivíduo conhecimentos, habilidades, atitudes e motivação para o autocuidado e autocontrole da doença (FREIRE, 2002; RODRIGUES, et al., 2012 apud TORRES et al., 2011).

Quadro 2 - Respostas das participantes quanto a expressarem a justificativa se estimulam, realizam atividades física em seu ESF e qual frequência.

Enf. 1 “Quinzenalmente ocorrem atividades físicas na unidade, com a participação do educador físico do NASF, incluindo também palestras com nutricionista e orientações sobre a importância de uma vida saudável”.

Enf. 2 “Aliás quando possível realizamos palestras e levamos o preparador físico do NASF para realizarmos em conjunto esta atividade, geralmente mensalmente”.

Enf. 3 “São adotadas a caminhada por cerca de 30 min pelo menos 3 vezes por semana. O ESF possui parceria com o NASF, onde a cada 15 dias o educador físico avalia e estimula a prática de alguns exercícios”.

Enf. 4 “Em parceria com o NASF o educador físico vem uma vez por mês”.

Enf. 5 “Semanalmente. Pelo menos 3 vezes”.

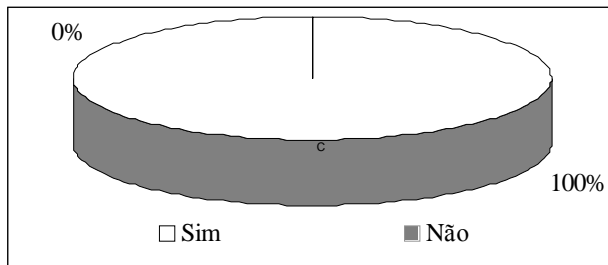
Enf. 6 ESF situa-se na zona rural. “Caminhadas no campo, pedaladas e alongamentos, no máximo 03 vezes por semana”.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2012.

Como pode-se perceber na fala das entrevistadas as informações acerca da importância da realização de atividades físicas são repassadas. Porém, em sua grande maioria esta prática não acontece regularmente em suas unidades de saúde e quando acontece fica a mercê da disponibilidade do Educador Físico do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Quando questionado qual a frequência dessas atividades houve bastante divergência, pois as enfermeiras de nº 3,5 e 6 responderam que orientam atividades físicas três vezes por semana. Já as enfermeiras de nº 2 e 4 responderam mensalmente e a de nº 1 diz que orienta essa prática quinzenalmente. Logo, essas atividades acontecem quinzenalmente ou até mensalmente, deixando assim muito a desejar no que se refere a esse tipo de prática na vida dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 nas UBS do Município de Santa Luzia -PB.

As atividades físicas são importantes para os diabéticos (tipos I e II), devendo ser praticadas regularmente. Pois entre outras coisas, evitam o desenvolvimento e as complicações da doença, ajudam a manter o peso ideal, controlam a glicose na corrente sanguínea, evitam o endurecimento dos membros e melhoram suas condições gerais de saúde (FRANCO, 2005 apud BINDACO; MACHADO; SANTIAGO, 2010).

Gráfico 7 - Distribuições dos dados percentuais quanto às orientações sobre a dieta atenuada de açúcares e carboidratos, (n^o= 6).



Fonte: Pesquisa de campo, 2012

De acordo com o gráfico 7, 100% (n^o=06) das enfermeiras entrevistadas afirmam que orientações quanto à importância de uma dieta atenuada de carboidratos e açúcares são fornecidas por elas nos ESF que atuam. Sabe-se que o tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 inclui, prática de atividade física regular, orientação dietética adequada, uso de hipoglicemiantes orais, dependendo do avanço da patologia chegando até mesmo ao uso de insulina. Logo, faz-se necessário sensibilizar o cliente quanto à importância da adesão a uma dietética adequada. Visando assim, prevenir quanto aos possíveis picos de glicemia no sangue (hiperglicemia) e ou até mesmo a diminuição desses, desencadeando assim quadro de hipoglicemia.

É essencial uma reorganização de hábitos alimentares para o controle do DM tipo 2. Para tanto, é necessário que haja integração entre a alimentação e os demais cuidados desenvolvidos pelo paciente. O comportamento alimentar é modificado de acordo com as exigências e limitações impostas pela síndrome, devendo ser revistas escolhas alimentares, diminuindo as calorias para evitar ganho de peso, aumentando a atividade física, moderando a ingestão de gordura, espaçando as refeições e monitorizando a glicemia, objetivando, finalmente, seu controle (DAVIDSON, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002; PAIVA; BERBUSA; ESCUDER, 2006; apud PONTIERI; BACHION; 2010).

Quadro 3 - Respostas das participantes em relação aos cuidados com materiais perfuro cortantes e ferimentos, (n^o= 6).

Enf. 1 “Devido à diminuição da sensibilidade vascular periférica, geralmente os diabéticos tendem a se cortar ou ferir e não perceber. São orientados quanto a esse sintoma e devem diariamente observar os pés a procura de lesões para que possa identificar e trata-las. A importância do uso de calçados fechados e confortáveis, também são orientados”.

Enf. 2 “Orientações básicas, ou seja, os cuidados para não se ferir com perfurocortantes e principalmente o cuidados aos pés, até mesmo a questão do calçado adequado, para evitar ferimentos”.

Enf. 3 “Uso de sapatos e sandálias confortáveis, limpeza diária com inspeção das áreas, principalmente nos espaços interdigitais”.

Enf. 4 “Uma atenção mais em MMII, pés, pois tem a perda de sensibilidade e com isso o aparecimento de ferimentos. Higienização correta, pele hidratada, examinar os pés diariamente, unhas limpas e curtas”.

Enf. 5 “Ter cuidado no manuseio de materiais com tesouras, alicates, pois, podem provocar lesões de difícil cicatrização”.

Enf. 6 “Evitar andar de pés descalços para não pisarem em vidros, espinhos ou qualquer objeto cortante”.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2012.

As respostas foram corretas, mas bastante diversificadas, ou seja, as enfermeiras de n^o 1 e 4 disseram: “examinar os pés, higienização correta, pele hidratadas, sensibilidade vascular e orientações quanto aos sintomas da doença.” As participantes de n^o 3 e 6 falaram apenas no cuidado com “uso de sapatos e limpeza” e as de n^o 2, 5 e 6 disseram “cuidado para não provocar lesões, evitar andar descalço, manuseio com materiais tipo tesoura e alicate”.

Logo, diante dos resultados colhidos é notório que de uma forma ou de outra as entrevistadas afirmam que medidas de prevenção para se evitar ferimentos com materiais perfurocortantes são repassadas aos pacientes diabéticos, evitando assim uma das complicações ocasionadas pelo diabetes que é a amputação. Sabe-se que a assistência de enfermagem ao paciente com diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco. Logo as medidas quanto à prática de autocuidado, devem se fazer presentes nas consultas de enfermagem.

Para Smeltzer e Bare (2008) apud Oliveira e Oliveira, (2010), no cuidado com os pés o enfermeiro deve orientar os pacientes a inspecionarem diariamente os pés, para detectar cortes, bolhas, manchas avermelhadas e inchaço; lavar os pés todos os dias; secar bem os pés; não ficar com os pés úmidos; nunca andar descalço; usar calçados confortáveis que se adaptem bem e protejam os pés; manter as unhas cortadas e limpas; não cruzar as pernas por longos períodos; entre outros cuidados que devem ser efetivados diariamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes Mellitus tem-se tornado um sério problema de saúde pública. Além de ser uma das DCNT mais frequentes em todo o mundo. Isso se deve a crescente urbanização, estilo de vida: sedentarismo, dieta com alto teor de lipídeos, carboidratos e glicose, bem como a obesidade. Isso tem gerado um elevado gasto do poder público para o controle e tratamento de suas possíveis complicações.

No desenvolvimento deste trabalho evidenciou-se nas falas das entrevistadas que de forma geral as mesmas prestam uma assistência de qualidade aos portadores de diabetes mellitus tipo 2 cadastrados no programa HIPERDIA. Conclui-se portanto, a importância de planejar Programas de Atenção à Saúde voltada para pessoas diabéticas, no contexto comunitário, com o

incentivo da Educação em saúde.

Essa educação parte do anseio de sensibilizar o portador de DM2 a entender e a motivar-se a participar efetivamente do regime terapêutico. Partindo do pressuposto que indivíduos que não recebem a educação em diabetes apresentam uma forte tendência para o aumento do risco de complicações acarretadas pelos picos de glicemia no sangue. Pois, segundo MS esse deve se encontrar: glicemia de jejum menor que 126 mg/dl e hemoglobina glicosilada menor que 7%.

Espera-se com este trabalho contribuir para em meios a estudos sobre a temática: Assistência de enfermagem prestada aos portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 2 nas unidades básicas de saúde, possamos aprofundar os nossos conhecimentos à respeito do assunto em pauta. Bem como instigar a classe de enfermagem acerca da importância de exercer a profissão com responsabilidade, dedicação e compromisso com o bem estar daqueles que cheguem até você.

R E F E R Ê N C I A S

- ANTCZAK, Susan E. **Fisiopatologia básica**. tradução Ana Karine Ramos Brum. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ASSUNÇÃO, M. C.; SANTOS, I. S. & GIGANTE, D. P., 2001. Atenção primária em diabetes no sul do país: Estrutura, processo e resultado. *Revista de Saúde Pública*, v.35, p.88-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8157.pdf>. Acesso em: 23 de outubro de 2012 às 15h20min.
- BINDACO, N. V; MACHADO, S. F; SANTIAGO, T. S. **Benefícios da Atividade Física no Tratamento da Diabetes Mellitus 2010**. Disponível em <http://www.fisioweb.com.br/portal/artigos/categorias/44-art-doencas/1049-beneficios-da-atividade-fisica-no-tratamento-da-diabetes-mellitus.html>. acesso em: 20/07/2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.
- Diabetes Mellitus tipo2**. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus_tipo_2. Acesso em: 05/maio/2011. Às 19:45hs.
- CASTRO, R. A. A.; et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formigas, MG. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.88, n. 3, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso: 08 de fevereiro de 2012. As 14h20min.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução, Resolução 272/2004**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. 2004.
- CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T; VIANA, L. M. M. **Programa HIPERDIA: desafios vivenciados por profissionais de enfermagem da estratégia saúde da família**. Disponível em: <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I24837.E9.T5105.D5AP.pdf>. Acesso em 10 outubro de 2012 às 17h45min.
- FRANCIONI, F. F; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a13v16n1.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2012. Às 21h30min.
- GOMES, T. O; ALMEIDA FILHO, A. J.de; BAPTISTA, S. S. Enfermeiras-religiosas na luta por espaço no campo da enfermagem. **Rev. bras. enferm**. v.58, n.3, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300021. Acesso: 20/set/2012 às 14h30m.
- LYRA, R; et al. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab** v.50, n.2, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302006000200010&script=sci_arttext. Acesso em 15 de outubro 2012 às 19h50min.
- MIRANZI, S. S. C; et 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, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>. Acesso em 10 outubro de 2012 às 17h00min.
- OLIVEIRA, G. K. da S; OLIVEIRA, E. R. de. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. **VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências** - v. 3, n. 2 - 2010. Disponível em < <http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewFile/144/145>> Acesso em 09 outubro de 2012 às 08h00min.
- PONTIERI, F.M; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a21v15n1.pdf>. Acesso em 11 de outubro de 2012 às 10h00min.
- RODRIGUES, T.C.; LIMA, M.H.M.; NOZAWA, M.R. O controle do diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, campinas, SP. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**, v. 5, n. 1, 2006. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5109/3325>
- SILVA, C. A. da; LIMA, W.C. de; Efeito Benéfico do Exercício Físico no Controle Metabólico do Diabetes Mellitus Tipo 2 à Curto Prazo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo, v.46, n.5, Oct. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302002000500009&script=sci_arttext. Acesso: 23 de outubro de 2012 às 13h 30min.
- SMELTZER, S.C, BARE, B.G. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed., Vol. 3, - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- TORRES, H. de C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esc Enferm**. V. 45, n5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a07.pdf>. Acesso: 17 de outubro de 2012 às 17h44min.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Campos do Jordão (SP): SBC; 2002. In: GRILLO, M. F. F de; GORIN, M. I. P. C. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v.60, n.1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000100009&script=sci_arttext. Acesso em 23 de outubro de 2012 às 14h00min.

Data de recebimento para publicação: 26.11.2012. - Data de aprovação do trabalho: 09.01.20137.

Exames Citopatológicos: Avaliação dos Resultados Microbiológicos entre os Anos de 2009 a 2011 no Município de Ouro Branco-RN¹

Cytopathology Exam: Microbiology Evaluation of Results Between The Years 2009 to 2011 in The City of White Gold-RN

Giovannia Galvêncio de Oliveira²

Tarciana Sampaio Costa³

Rosa Martha Ventura Nunes⁴

Raquel Campos de Medeiros⁵

RESUMO: Este estudo tem como objetivo avaliar os resultados de exames citopatológicos relacionados aos resultados de exames microbiológicos entre os anos de 2009 a 2011 no município de Ouro Branco-RN. A pesquisa focou a importância do exame citopatológico, de forma explícita mostrou algumas patologias que foram identificadas após exame, como também a prevenção e promoção do mesmo na saúde da mulher. O mesmo foi documental com abordagem quantitativa, através de levantamento de 100% dos documentos registrados nos prontuários de pacientes atendidos na Estratégia Saúde da Família I e II. Com uma amostra de 144 prontuários, dentro dos critérios que rege o posicionamento ético. Nos resultados encontrados com ou sem alterações, a ESF I obteve 14,3 % com alteração e 85,7 sem alteração, há ESF II obteve 9% com alteração e 91% sem alteração. A mesma teve como resultado referente à faixa etária de 32,64% de 26 a 35 anos, idade essa correspondente a faixa etária que o SUS preconiza para realização do exame. Os resultados de acordo com os semestres dos seguintes anos foram: HPV 50% no segundo semestre de 2010, Gardnerella 33,9% para o segundo semestre de 2009, Trichomonas 33,3% nos dois semestres de 2009 e 1º semestre de 2011 já em relação à Cândida obteve 44,1% no segundo semestre de 2009. Houve também resultados equivalentes à localidade da pesquisa resultando em Zona Rural: HPV (50%), Gardnerella (18,4%), Trichomonas (25%), Cândida (25,6%), na Zona Urbana foi: HPV (50%), Gardnerella (81,6%) Trichomonas (75%) e Cândida (74,4%). Os dados encontrados voltados para cada ESF são: ESF I- HPV (87,7%), Gardnerella(91,9%) Trichomonas (100%) e Cândida (87,2%); ESF II- HPV (14,3%), Gardnerella (8,1%) Trichomonas (0%) e Cândida (12,8%). O exame citopatológico tem papel importante no reconhecimento das lesões inflamatórias do canal vaginal, permitindo, descobrir se a existência de alteração, como realizar diagnóstico de varias DST, como também o câncer de colo do útero, vaginal.

UNITERMOS: Avaliação. Exame Citopatológico. Microbiologia.

ABSTRACT: *This study aims to evaluate the results of Pap smears related to the results of microbiological tests between the years 2009 to 2011 in the city of Ouro Branco-RN. The research focused on the importance of cervical cancer screening, explicitly showed some pathologies that were identified after examination, as well as prevention and promotion of health in the same woman. The same documentary was using a quantitative approach, through a survey of 100% of the documents from medical records of patients seen in the Family Health Strategy I and II. With a sample of 144 medical records within the criteria governing the ethical position. In the results with or without amendment, the FHS I got 14.3% and 85.7 to change without change, there FHS II was 9% and 91% with abnormal unchanged. The same has resulted regarding the age of 32.64% 26-35 years age corresponding to this age group that advocates for the SUS examination. The results according to the semesters of the following years were: HPV 50% in the second half of 2010, Gardnerella 33.9% for the second half of 2009, 33.3% in Trichomonas two semesters of 2009 and first half of 2011 already relation to Candida got 44.1% in the second half of 2009. There was also equivalent results to the location of the research resulting in Rural Area: HPV (50%), Gardnerella (18.4%), Trichomonas (25%), Candida (25.6%) in the Urban Zone was: HPV (50%) Gardnerella (81.6%) Trichomonas (75%) and Candida (74.4%). The data found are geared to each FHS: FHS I-HPV (87.7%), Gardnerella (91.9%) Trichomonas (100%) and Candida (87.2%); FHS II-HPV (14.3%) Gardnerella (8.1%), Trichomonas (0%) and Candida (12.8%). The Pap smear has an important role in the recognition of inflammatory lesions of the vaginal canal, allowing to discover the existence of change, how to perform various diagnostic DST, as well as cancer of the cervix, vagina.*

KEYWORDS: Evaluation. Pap smear. Microbiology.

1. Artigo subtraído do tcc do Curso Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP.

2. Discente do 9º período do Curso Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP. Endereço residencial: Rua Bonifácio Nóbrega nº 700, Bairro: São José, Santa Luzia-PB. E-mail: givalvencio@gmail.com.

3. Doutoranda em Ciências pela Faculdade de Medicina do ABC Paulista. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das FIP.

4. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

5. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O crescimento desordenado das células, característicos dos tumores malignos e tumores benignos pelo processo de metaplasia é o principal causador do câncer. No que se refere ao tumor benigno, este significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. Por outro lado, as células malignas é o crescimento desordenado que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (Metástase) para outras regiões do corpo.

Estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores acúmulo de células cancerosas ou neoplasias malignas (INCA, 2012). A prevenção é foco das ações de realização na atenção primária, no âmbito da Equipe Saúde da Família. A portaria nº 648 GM/2006 do Ministério da Saúde. É desenvolvida por meio de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Considerando que os profissionais de saúde devem realizar ações de controle do câncer de colo do útero, devem-se priorizar aquelas de critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade, como ações de controle, promoção, prevenção e rastreamento/detecção precoce (OLIVEIRA et al., 2010). E ainda, avaliar os resultados dos exames citopatológicos dos anos anteriores no intuito de conhecer a realidade in loco e traçar estratégias de resolutividade. Neste sentido, surge a problemática desse estudo através da seguinte indagação: Quais os resultados microbiológicos dos exames citopatológicos entre os anos de 2009 a 2011 no município de Ouro Branco-RN?

A proximidade da cidade e a facilidade de acesso aos dados motivou-se a desenvolver estudos considerando tal temática, no intuito de estudar e conhecer informações sobre o câncer do colo de útero e microbiologias associadas na atenção básica no município de Ouro Branco-RN. Tal investigação poderá contribuir para a formação dos enfermeiros nesta perspectiva, ao discutir a atuação do enfermeiro (a) na sua busca ativa e prevenção dos mesmos.

METODOLOGIA

O estudo foi documental e com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no Município de Ouro Branco-RN. De acordo com os dados divulgados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Ouro Branco tem 4.669 habitantes, sendo 2.354 homens (50,10%) e 2.345 mulheres (49,90%). Dispõe de duas Estratégias Saúde da Família (ESF I e II), sendo ambas na zona urbana, as quais desenvolvem atividades de prevenção e promoção à saúde.

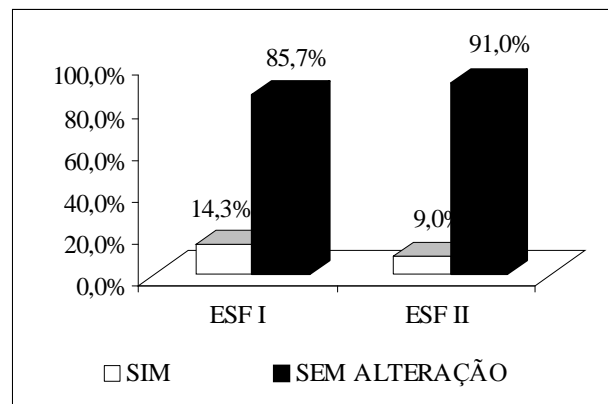
A população deste estudo foi composta por 1068

prontuários de pacientes atendidos nas ESF I / II. A amostra foi de 144 dos prontuários pesquisados, para tanto usaremos os seguintes critérios de inclusão: registros de exames citopatológicos de mulheres atendidas nas ESF I e II que atendem também a zona rural referente aos anos de 2009 a 2011 e critérios de exclusão: registros rasurados ou perdidos e que não seja dos anos acima citados. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, sobre os resultados dos exames citopatológicos.

Após ser aprovado pelo comitê de ética os dados foram coletados na estratégia saúde da família I e II referente ao ano de 2009 a 2011 no município de Ouro Branco-RN, para posterior avaliação. Para análise dos dados optar-se-á pela análise estatística descritiva, utilizando o programa Microsoft Office Excel como subsídio e para tabelas e gráficos. Para o processo de coleta de dados foram levadas as exigências contidas na resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Gráfico 1- Relação dos resultados dos exames citopatológicos que apresentaram ou não alteração, através de dados relevantes da amostra.



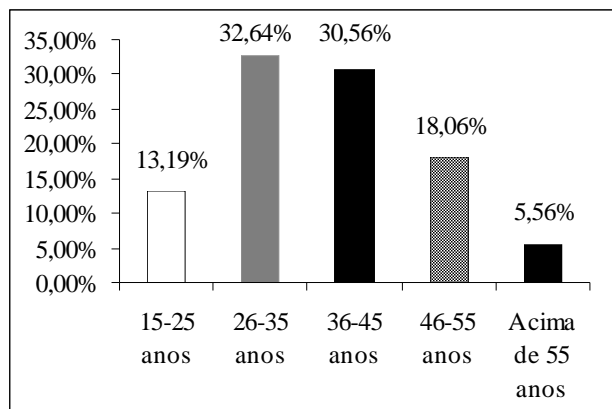
Fonte: ESF I e II no município de Ouro Branco - RN, pesquisa 2012.

O gráfico acima mostra incidência para dados sem alterações no qual se encontra relevante nas ESF, podemos questionar: Será que o enfermeiro a ESF atende um número de mulher satisfatório ao número que são cadastradas? Ou será que o rastreamento é feito de maneira eficaz? Baseado na amostra da pesquisa subtende que a ESF realizou atendimento mensal suficiente para área, o que pode se tornar como um fator de rastreamento, onde entre anos foi se reduzindo com a realização de tratamento na ESF, mas vale salientar que a higiene íntima, dosagem de hormônio, entre outros, pode facilitar ao resultado sem alteração.

A microbiota vaginal normal é rica em lactobacilos produtores de peróxido (bacilos de Döderlein), os quais formam ácido lático a partir do glicogênio, cuja produção e secreção é estimulada pelos estrogênios. Esse mecanismo propicia uma acidez adequada (pH 4,5) do ambiente vaginal, dificultando a proliferação da maioria dos patógenos. Porém a ausência ou baixa concentração de lactobacilos ou desequilíbrio da microbiota

vaginal ocorre com alguma frequência, levando a quadros de vulvovaginites, que são muitas vezes exceções, pois se proliferam em ambientes ácidos (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Gráfico 2 - Relação dos resultados dos exames citopatológicos, referente a faixa etária dos dados sócio demográfico (amostra n° 144).



Fonte: ESF I e II no município de Ouro Branco-RN, pesquisa, 2012.

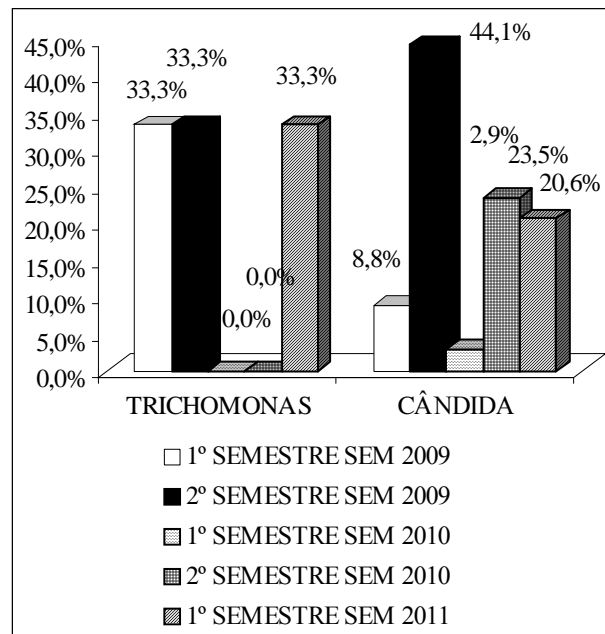
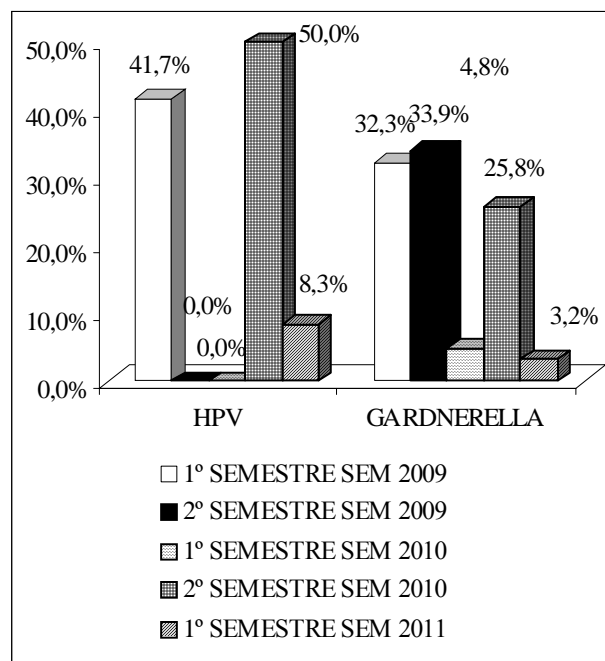
Analisando o gráfico acima percebe-se a incidência do exame citopatológico, mais na faixa etária de 26-35 anos com 32,64% dos casos diagnosticado, idade essa considerada dentro do parâmetro do programa de saúde da mulher nas ESF, preconizado pelo SUS. Vale salientar que essa faixa etária evidenciada, foi encontrada dentro dos resultados dos exames citopatológico.

O Ministério da Saúde estabelece que o método de rastreamento do câncer de colo do útero é o exame citopatológico. O início da coleta deve ser aos 25 anos para mulheres que já tiveram relação sexual e deve seguir até os 64 anos, o intervalo entre os exames deve ser de três anos após dois anos negativos, com intervalo anual. Essa recomendação apoia-se na observação que vários fatos indicam que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tenha impacto na redução da incidência e mortalidade do câncer do colo do útero. E que não há dados objetivos de que rastreamento seja útil após os 65 anos (BRASIL, 2011).

Atualmente, está amplamente estabelecido que o HPV seja o causador de cerca de 99% dos casos de câncer de colo de útero e de uma fração variável de câncer de vagina, vulva, pênis e ânus (MELLONE *et al.*, 2008).

A análise da ocorrência se dá pela observação morfológica acurada do parasita, bem como das manifestações celulares inflamatórias e da reação leucocitária por ele induzida. O esfregaço cévico-vaginais corados pela técnica de Papanicolaou, têm importância para o diagnóstico da infecção, sendo solicitados pelos ginecologistas para pesquisa de anormalidades citológicas e agentes infecciosos (CONSOLADO *et al.* 2000; AVILÉS *et al.*, 2001).

Gráficos 3 - Relação dos resultados dos exames citopatológicos por semestre dos dados sócio demográfico da pesquisa (amostra n° 144).



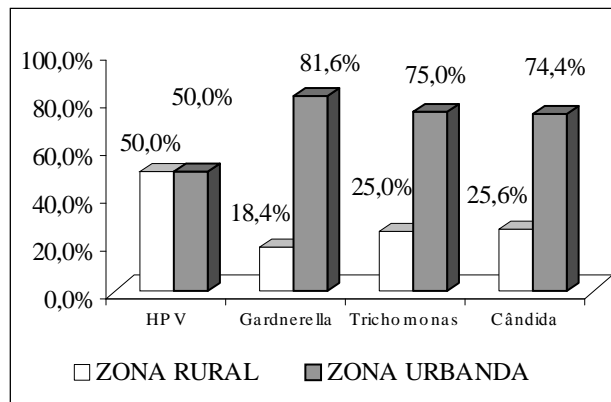
Fonte: ESF I e II no município de Ouro Branco – RN, pesquisa 2012.

Neste gráfico a uma análise dos semestres que evidenciou algumas patologias, sabemos que as estações do ano, assim como a temperatura influenciam para algumas patologias, como a cândida que há uma incidência em mês chuvoso, pelo fato do microrganismo atuar em ambiente úmido, principalmente em roupas.

De acordo com os dados do gráfico o HPV teve uma incidência para o segundo semestre de 2010, mas não deixando de esta evidente no primeiro semestre de 2009. A Gardnerella

quase se igualou nos semestre de 2009, apresentando incidência relevante, baixando e se evidenciando no segundo semestre de 2010, mas não o quanto teve em 2009.

Gráfico 4 - Relação dos resultados dos exames citopatológicos, enquanto a localidade, como dado sócio demográfico (amostra n° 144).

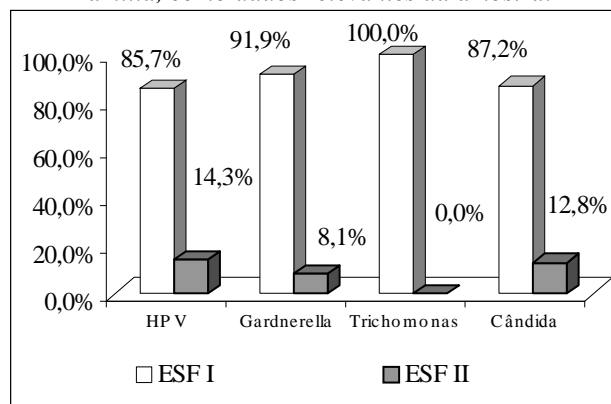


Fonte: ESF I e II no município de Ouro Branco-RN, pesquisa 2012.

O gráfico acima apresenta o resultado baseado na zona que a mulher reside, a incidência foi para o número de infecção em zona urbana, pois acredito que há ainda certa dificuldade para o atendimento da zona rural, pois muitas vezes torna-se difícil a mulher se locomover do seu sítio, para realizar o preventivo, como também a mitos entre elas, vergonha, pela forma de pensamento e criação da zona rural.

Na Estratégia Saúde da Família, pode-se encontrar algumas dificuldades de acessibilidade conforme o critério escolhido, seja por que a unidade de saúde da família fica distante do local de moradia; pela demarcação da área geográfica de responsabilidade da unidade básica, que muitas vezes não é levado em consideração os acidentes geográficos como rios, barreiras; assim como a pouca oferta do serviço, faz com que o usuário tenha dificuldade para encontrar a assistência que necessita (SANTANA; CARNEIRO, 2010).

Gráfico 5 - Relação dos resultados dos exames citopatológicos de acordo com sua Estratégia de Saúde da Família, como dados relevantes da amostra.



Fonte: ESF I e II no município de Ouro Branco-RN, pesquisa 2012.

De acordo com os dados encontrados no gráfico 5, o índice elevado das quatro doenças que foram pesquisadas e evidenciadas em Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Ouro Branco-RN, apresenta evidente na ESF I, com um número altíssimo de todas as patologias o que provavelmente seja déficit dos profissionais que nela executa, devido a sobrecarga de trabalho e condições que as mulheres que fazem parte do seu cadastro para o rastreamento e tratamento.

É um direito da mulher e é um programa realizado pela ESF ser identificado esses resultados através da realização do exame citopatológico, pois erro laboratorial não seria evidente pois ambas são entregues ao mesmo laboratório, então a pesquisa se evidencia para falha da ESF. O foco da ESF é buscar realizar ações educativas e conscientizar as mulheres a realizar o exame em período que SUS preconiza, já que em gráficos anteriores evidenciaram a faixa etária que se realiza o rastreamento.

A colpocitologia, pelo método de Papanicolaou, é um exame de baixo custo, que pode ser empregado, tanto para pesquisa de malignidade, como também para o rastreamento das

DST's. A indicação diagnóstica de algumas DST's pelo método de Papanicolaou se dá pela identificação direta ou por alterações citopáticas provocados por certos microorganismos, com grau aceitável de sensibilidade e de especificidade, muitas vezes similar, ou superior a outras metodologias rotineiras (STINGHEN *et al.*, 2004).

A citologia tem papel importante no reconhecimento das lesões inflamatórias do canal vaginal, permitindo avaliar a intensidade da reação inflamatória, acompanhar sua evolução e determinar o agente causador. São solicitados pelos ginecologistas para pesquisa de anormalidades citológicas e agentes infecciosos (AVILÉS *et al.*, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido estudo teve uma fonte de pesquisa capaz de apresentar, como comprovar a importância do exame citopatológico, relatamos os dados e mostramos dentre inúmeras doenças que o mesmo pode apresentar diagnóstico através de um exame simples, gratuito e disponível em toda Estratégia de Saúde da Família, porém para que o devido estudo não comentasse todos os tipos de patologia que pode ser identificado na realização do exame, abordamos apenas quatro das consideradas principais doenças diagnosticadas em ESF.

O HPV o vírus que norteia a mulher e causa uma das doenças mais graves no humano, o câncer, foi explicitamente mostrado que o seu diagnóstico pode ser feito em ESF e tratado precocemente, caso seja diagnosticado inicialmente, o SUS preconiza que o enfermeiro deve atingir uma meta total de exame, para que no Brasil seja erradicado um câncer que pode ser identificado nas próprias ESF que foram implantadas por todo o país.

A Trichomonas e a Gardnerella foram bem apresentadas pelo percurso do trabalho, DST's que estão frequentes nos resultados e que se realizado o exame podem ser diagnosticada e tratada. Apresentamos a avaliação microbiológica, com suas causas, sintomatologia, prevalência, tratamento.

A cândida uma infecção que a anos atrás consideravam como DST, foi bem abordada e esclarecida pelo termo que antigamente usava. Hoje não é mais uma DST, mais é uma doença vulvovaginal que atinge muito as mulheres e que são tratadas e inclusive medicadas na ESF, após realização do exame.

As Estratégias de Saúde da Família, desse município não possui estrutura específica, pois uma funciona dentro da unidade hospitalar e a outra fica em uma casa próxima, porém sem

adaptação. Apesar de não conter estrutura adequada as “mesmas”, elas possuem equipamentos necessário para realização do exame, que é o foco da pesquisa. Concluímos que a pesquisa fundamentou as ações de promoção e prevenção nas ESF, não deixando de focar o seu objetivo principal o de avaliar os resultados de exames citopatológicos relacionados aos resultados microbiológicos, mostrando assim uma pesquisa satisfatória, alcançando todo o seu o objetivo que foi formulado.

R E F E R Ê N C I A S

AMARAL RG, *et al.* Fatores que podem comprometer a qualidade dos exames citopatológicos no rastreamento do câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Artigo Científico**, 2006; n° 38; pág. 3-6.

AMARAL *et al.* Atuação do enfermeiro como educador no programa da família para uma abordagem integral na atenção primária. **Revista Científica da Faculdade Guanambi**, v. 1; n° 1, p. 1-21, jan/jul. 2011.

ÁVILES, A.G.P, *et al.* Es útil Latencion de papanicolau como auxiliary del diagnóstico de algunas infecciones de transmision sexual? *Atenc. Prim.* V.27, n 4, 2001.

_____, Ministério da Saúde. **PORTARIA N° 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006.** Política Nacional de atenção básica. Brasília, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.** Resolução n. ° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24 p;

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 13.

Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Brasília, 2011.

CORREA, Paula dos Reis *et al.* Caracterização fenotípica de leveduras isoladas da mucosa vaginal em mulheres adultas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, Apr. 2009.

CONSOLADO, M.E.L. *et al.* Detecção da Tricomoniase através da colpocitologia de rotina. *Arq. Ciên.Saúde Unipar*, V.4, n 2, 2000.

FRIGATO, Sheila; HOGA, Luiza Akiko Komura. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o Papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003. V.49; n° 4; pág. 209-214.

INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativa 2012 - Incidência de Câncer no Brasil.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336> Acesso em: 10 de julho de 2012.

MACIEL, Gisele de Paiva; TASCIA, Tiana; DE CARLI, Geraldo Attilio. Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de Trichomonas vaginalis. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 40, n° 3, June 2004.

MARQUES S. M, TOZETTI .N.S. **A Detecção do DNA de HPV e determinação do tipo viral em homens atendidos em um consultório urológico de Campo Grande - MS.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande 2011.

MELLONE.M *et al.* **Human Papilloma Virus-Dependent HMGA1 Expression Is a Relevant Step in Cervical Carcinogenesis.** *Neoplasia*, v.10, n° 8, pág.773-781, 2008.

MISTURA *et al.* Papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero na estratégia saúde da família. **Revista Contexto & Saúde.** v. 10 n. 20 Jan/jun. 2011 p. 1161-1164.

NICOLAU, SM. Papilomas Humano (HPV) Diagnóstico e Tratamento. **Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho de Medicina.** São Paulo. v 1, set, 2002.

OLIVEIRA *et al.* Ações das equipes de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo de útero. **Cienc Cuid Saude** 2010 Abr/Jun; v. 9; n°2; pág. 220-227.

OLIVEIRA, A. B, *et al.* Prevalência Gardnerella e Mobiluncus em Exames de Colpocito-logia em Tome-Açu,, Pará. *Rev. Paraense de Medicina*, Pará, v.21; n°4, 2007.

SANTANA, B.M.A; CARNEIRO, D. A. A acessibilidade e direitos dos usuários de saúde da família na visão da equipe multiprofissional; *Artigo Científico*, 2010. Acesso em: 26/10/2012.

SILVEIRA, Alessandro Conrado de Oliveira; SOUZA, Helena Aguilar Peres Homem de Mello de; ALBINI, Carlos Augusto. A Gardnerella vaginalis e as infecções do trato urinário. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, Aug. 2010.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA (SPG). **Consenso sobre infecção HPV e lesões intraepiteliais do colo, vagina e vulva.** Cascais, Portugal. v 1. março, 2011.

STINGHEN, A. E. M; NASCIMENTO, A. J e LEONART, M.S.S. Método de Papanicolau em material cérvico vaginal para triagem de infecção por cândida sp., Trichomonas vaginales e Chlamydia trachomatis. **Rev. Brasileira de Artigo Científico**, V.36, n° 2, 2004.

Data de recebimento para publicação: 06.12.2012. - Data de aprovação do trabalho: 18.01.2013.

Assistência de Enfermagem e Percepção de Mulheres Acerca do Aleitamento Materno em Um Município do Sertão Paraibano

Nursing Care and Women's Perceptions About Breastfeeding in a Paraiban Desert City

Celiane Lucena de Medeiros Nóbrega¹
Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima²
Maryama Waara Felix de Alencar Lima Palmeira³
Geane Gadelha de Oliveira⁴

RESUMO: *A prática de amamentar é uma experiência que requer o envolvimento de diversos fatores. O estudo objetivou identificar a atuação do enfermeiro quanto às orientações, incentivo e apoio ao aleitamento materno. Trata-se de uma pesquisa quantiqualitativa, onde a população do estudo foi constituída por 41 mulheres, e a amostra foi composta por 20 dessas mulheres. Por meio da análise dos dados foi observado que 100% das entrevistadas realizaram o pré-natal; em relação ao tempo de amamentação exclusiva, 45% das mulheres com mais de um filho afirmaram amamentar até os seis meses. Apenas 5% não receberam orientações da enfermeira sobre o aleitamento materno. Quanto às vantagens que a amamentação pode trazer para si própria, às mães afirmaram que o aleitamento evita o câncer de mama e a forma física volta ao normal mais rápido; e as vantagens que o aleitamento pode trazer para o filho 55% responderam que previne doenças. Quanto às dificuldades encontradas 30% relataram rachadura no mamilo; em relação ao abandono diante das dificuldades, 90% disseram que não pararam de amamentar. Conclui-se, portanto, que o enfermeiro é o principal transmissor das informações acerca do aleitamento materno, ele deve estar apto a repassar informações de forma adequada para as mães, tendo como compromisso profissional de promover e incentivar o aleitamento materno.*

UNITERMOS: *Aleitamento Materno. Benefícios. Percepção de Mães.*

ABSTRACT: *Breastfeeding is an experience that involves several factors. This study aimed at identifying the nurse's role to guide, encourage, and support breastfeeding. The research was both quantitative and qualitative. The study population was 41 women, and the sample was composed of 20 of these women. Through data analysis, it was observed that 100% of the respondents underwent prenatal care, for exclusive breast feeding periods, 45% of the women with more than one child reported breastfeeding until six months. Only 5% of the respondents were not instructed by their nurses about breastfeeding. With regard to the advantages, that breastfeeding can bring to mothers, they responded that breastfeeding prevents breast cancer and allows returning to normal fitness faster. As to the benefits, that breastfeeding can bring to the child, 55% responded that it prevents disease. A full 30% of the mothers reported difficulties regarding cracking in the nipple, regarding the abandonment of breastfeeding in the face of difficulties, 90% said they had continued breastfeeding. In conclusion, the nurse is the main patient information source with a professional commitment to promote and encourage breastfeeding, and should be able to relay such information appropriately to the mother.*

KEYWORDS: *Breastfeeding. Benefits. Perception of Mothers.*

1. Graduanda do curso de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.
2. Professora especialista das Faculdades Integradas de Patos - FIP.
3. Professora especialista das Faculdades Integradas de Patos - FIP.
4. Professora especialista das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

A prática de amamentar é uma experiência que requer o envolvimento de diversos fatores maternos e outros relacionados ao lactente. É um ato de amor e dedicação que a puérpera tem com o seu filho. O leite materno é o fundamental alimento, primordial para o recém-nascido nos seis primeiros meses de vida, ele funciona como uma vacina, protegendo a criança de varias doenças e reduzindo dessa forma a mortalidade infantil.

O leite materno é considerado o melhor alimento para a criança, ele está adequado às necessidades do lactente, é um fluido vivo composto por células vivas, onde seus componentes são bem digeridos e absorvidos pelo lactente. A recomendação atual é de que os neonatos mamem exclusivamente até os seis primeiros meses de vida, pressupondo-se que a criança receba apenas o leite materno, sem acréscimo de água, chás, sucos e outros líquidos ou sólidos.

Amamentar é muito mais do que alimentar. Além de nutrir, a amamentação promove o vínculo afetivo entre mãe e filho e tem repercussões na habilidade da criança de se de-fender de infecções, em sua fisiologia e em seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e também na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2005).

A amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe são de extrema importância; Pois com o apoio das pessoas em sua volta, a mulher se sente segura em amamentar, tornando uma experiência agradável vivenciada pela nutriz, resultando assim em uma ação prazerosa (BRASIL, 2011).

O interesse desse tema surgiu da necessidade de aprofundar os conhecimentos enquanto acadêmica e estudar a atuação do profissional de enfermagem na assistência ao aleitamento materno durante o pré-natal e puerpério.

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de contribuir para que a dupla mãe e filho possa vivenciar o período de amamentação de modo tranquilo e bem sucedido, recebendo do profissional de enfermagem todas as orientações necessárias e adequadas para seu sucesso (BRASIL, 2005).

O enfermeiro deve preparar a gestante para o período de lactação, para que no pós-parto o processo de adaptação da puérpera ao aleitamento seja facilitado e tranquilo, evitando dessa forma dificuldades e possíveis complicações durante o processo de amamentação. A orientação da enfermagem durante toda a gestação, que envolve os aspectos da amamentação é de extrema importância para esse momento.

Ciente da importância do tema, bem como de sua contribuição para os profissionais de saúde, enfermeiros e acadêmicos de enfermagem surgiu o seguinte questionamento: Os profissionais de enfermagem estão orientando as gestantes e nutrizas sobre o processo de aleitamento materno e de sua importância para a saúde do recém-nascido?

O presente estudo é de relevante valor, pois reforçará a importância do aleitamento materno, suas vantagens e benefícios, e como os profissionais de saúde incentivam e influenciam essa

prática, contribuindo assim para que as nutrizas tenham uma maior adesão ao ato de amamentar. Diante disso objetivou-se identificar a atuação do enfermeiro no que diz respeito às orientações, incentivo e apoio ao aleitamento materno.

METODOLOGIA

O estudo foi do caráter exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, visando descrever a atuação do enfermeiro frente à assistência prestada às puérperas no período de lactação, enfatizando ainda a importância do aleitamento materno exclusivo na vida das nutrizas e de seus filhos, onde permite um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê. O estudo foi realizado nas 03 unidades de saúde da família, do município de São Mamede-PB.

A população deste estudo foi constituída por 51 mulheres do município acima mencionado que estavam amamentando, entre elas 10 eram menores de 18 anos, porém as que obtiveram os critérios de inclusão da pesquisa totalizaram 41%. A amostra foi composta por 20 mulheres no período de lactação cadastradas nas USF. O instrumento utilizado para coleta de dados foi baseado em um questionário semi-estruturado contendo perguntas objetivas e subjetivas.

Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos (FIP), conforme a disponibilidade das participantes, a coleta foi realizada no município de São Mamede-PB, nos domicílios das mulheres após agendamento prévio com o ACS. O questionário foi aplicado no mês de setembro de 2012.

A análise dos dados quantitativos foi realizada através de estatística descritiva, com base nas perguntas contidas no questionário e foram apresentados na forma de tabela e gráficos. A pesquisa foi realizada em conformidade com a resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada como todos os direitos sobre os princípios éticos com: Beneficência, Respeito e Justiça (BRASIL, 1996).

RESULTADOS

Tabela 1 - Distribuição percentual das participantes em relação aos dados sócio demográficos.

CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS	Nº	%
Idade	18-28 anos	15	75
	29-39 anos	04	20
	40-59 anos	01	05
Estado Civil	Solteira	10	50
	Casado	10	50
Profissão	Agricultora	02	10
	Estudante	02	10
	Do lar	12	60
	Técnica de Enfermagem	01	05
	Operadora de Caixa	01	05
	Professora	01	05
	ACS	01	05

CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS	Nº	%
Escolaridade	Ensino Fund. Incompleto	08	40
	Ensino Fund. Completo	02	10
	Ensino Médio Incompleto	02	10
	Ensino Médio Completo	06	30
	Ensino Superior Incompleto	01	05
Renda Familiar	Menos de 01 salário mínimo	10	50
	Mais de 01 salário mínimo	06	30
	Igual a 01 salário mínimo	04	20
TOTAL		20	100

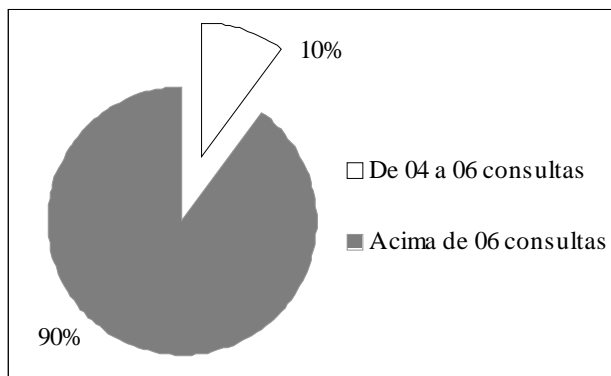
Fonte: Pesquisa de campo.

De acordo com os dados obtidos na tabela 1, percebe-se que a idade das participantes variou entre 18 e 59 anos, onde o maior percentual delas, 15 mulheres (75%) esta na faixa etária de 18 a 28 anos, seguidas por 04 mulheres de 29 a 39 anos (20%), enquanto que apenas 01 mulher (5%) apresentou faixa etária entre 40 a 59 anos. Em relação ao estado civil, no presente estudo pode-se comprovar que 10 (50%) das mulheres entrevistadas eram casadas e 10 (50%) delas eram solteiras. Quanto à profissão, a análise revela que a maioria das inquiridas são trabalhadoras do lar correspondendo 12 (60%) dessa amostra, seguidas de 02 (10%) agricultora, 02 (10%) estudante, 01 (5%) técnica em enfermagem, 01 (5%) operadora de caixa, 01 (5%) professora e 01 (5%) agente comunitária de saúde.

Em si tratando da escolaridade, a tabela 1 mostra que em sua maioria, 08 mulheres (40%) tinham o ensino fundamental incompleto, seguidas de 06 (30%) que possuem o ensino médio completo, 02 (10%) ensino fundamental completo e ensino médio incompleto, e 01 (5%) mulher com ensino superior incompleto e ensino superior completo respectivamente.

Com relação à renda familiar, observou-se na tabela 1 mostra que a grande maioria das mulheres entrevistadas, 10 (50%) recebiam menos de 1 salário mínimo, seguidas de 06 (30%) com mais de um salário mínimo e 04 (20%) ganham o equivalente a 1 salário mínimo.

Gráfico 1 - Distribuição percentual das participantes de acordo com o número de consultas realizadas no período do pré-natal na última gestação.



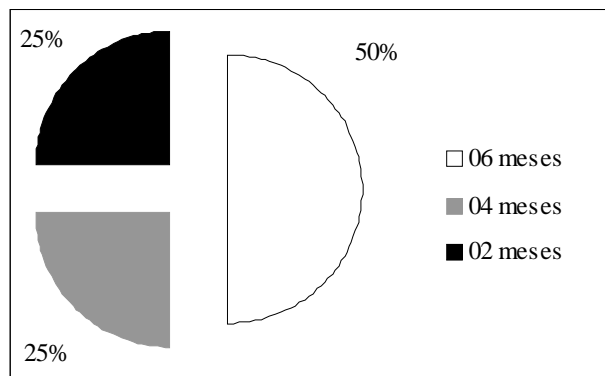
Fonte: Pesquisa de campo

Pelo gráfico 2, verifica-se que a maioria das mulheres enqueridas 18 (90%) afirmaram que tiveram acesso a esse serviço,

com um número superior a 06 consultas, 02 (10%) dessas mulheres obtiveram um número médio em torno de 04 a 06 consultas de pré-natal durante o período gestacional.

Conforme sustenta Domingues et al., (2012) a orientação e preparação para o aleitamento, realizada durante a assistência pré-natal, é considerada fundamental para o sucesso da prática da amamentação, sendo um dos dez passos preconizados pelas Iniciativas Hospital Amigo da Criança e Unidade Básica Amiga da Amamentação.

Gráfico 2 - Distribuição percentual das participantes com mais de um filho em relação ao tempo que costuma amamentar exclusivo.

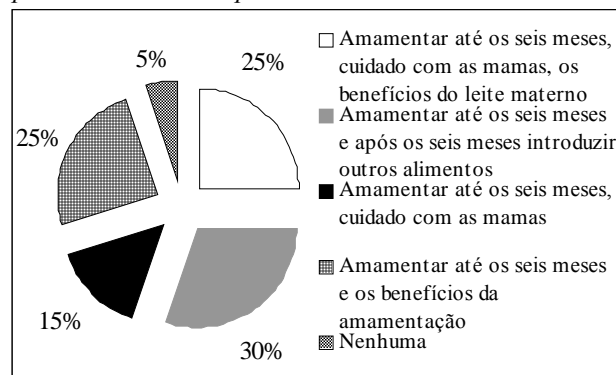


Fonte: Pesquisa de campo

O gráfico 3 nos mostra que das 20 mulheres entrevistadas, apenas 08 afirmaram ter mais de um filho e costumam amamentar exclusivo, sendo que 02 (45%) disseram ter amamentado até os 06 meses de vida, , 01 (23%) afirmou ter oferecido o leite materno a seu filho até os 04 meses, seguida de 01 (32%) que amamentou exclusivo por um período curto de apenas 02 meses.

Consoante a Polido et al., (2011) amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até dois anos ou mais de vida é importante fator de proteção da saúde da criança. A amamentação concebida como forma de proteção de mãe para filho, almejando sua nutrição e crescimento adequados, consiste em situação já descrita como fundamental para o sucesso dessa prática. Desse modo, o crédito materno na relação entre aleitamento materno e saúde da criança parece ser um importante fator protetor de sua exclusividade.

Gráfico 3 - Distribuição percentual das participantes segundo orientações repassadas pelo enfermeiro durante o pré-natal sobre a importância do aleitamento materno.

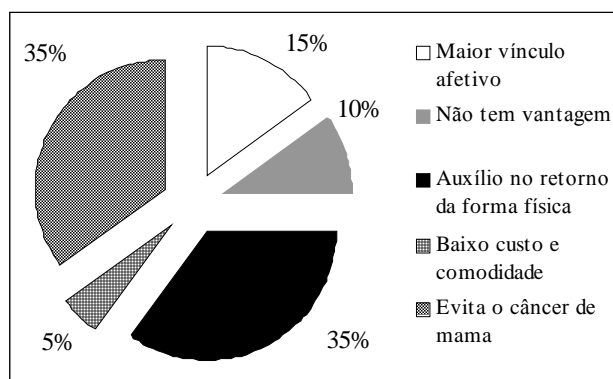


Fonte: Pesquisa de campo

De acordo com o gráfico 4, das mulheres entrevistadas 05 (25%) afirmaram receber da enfermeira orientação quanto a importância em amamentar até os 06 meses, o cuidado com as mamas e os benefícios que o leite materno pode trazer; seguidas de 05 (25%) onde declararam que durante o pré - natal foram orientadas quanto a importância em amamentar até os seis meses e quanto aos benefícios que a amamentação pode trazer; 06 (30%) disseram ser orientadas quanto a importância em amamentar até os 06 meses e após isso introduzir outros alimentos, 03 (15%) das depoentes disseram ser orientadas em relação a amamentação até os seis meses e o cuidado que deveriam ter com as mamas, e apenas 01 (5%) declarou que não recebeu nenhuma orientação durante o pré-natal sobre a importância do aleitamento.

Para Paula et al., (2010) embora o Ministério da Saúde tenha incentivado a prática da amamentação, através de campanhas divulgadas por meio de recursos audiovisuais, panfletos e cartazes, ainda evidenciamos que estas estratégias não têm alcançado grande parte dos interessados, pois constatamos desinformação a respeito da importância desse processo para o binômio mãe/filho.

Gráfico 4 - Distribuição percentual das participantes em relação ao conhecimento sobre as vantagens que o leite materno pode trazer para mãe.

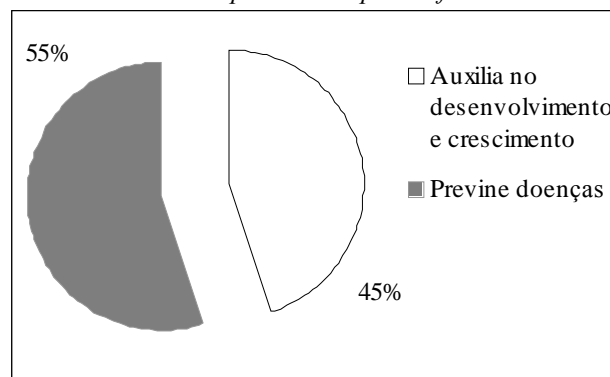


Fonte: Pesquisa de campo

Observou-se no gráfico 5 que 07 (35%) das entrevistadas afirmaram que amamentar proporciona um retorno da forma física mais rápido e 07 (35%) pode evitar o câncer de mama, 03 (15%) das entrevistadas falaram que amamentar traz um maior vínculo afetivo, 01 (05%) declarou que o amamentar é cômodo e de baixo custo financeiro e 02 (10%) manifestaram-se dizendo que amamentar não traz nenhum tipo de vantagem para si.

Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem estar informadas dos benefícios da amamentação, das vantagens do uso de leites não humanos e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade (DEMITTO et al., 2010).

Gráfico 5 - Distribuição percentual das participantes em relação ao conhecimento sobre as vantagens que o leite materno pode trazer para o filho.

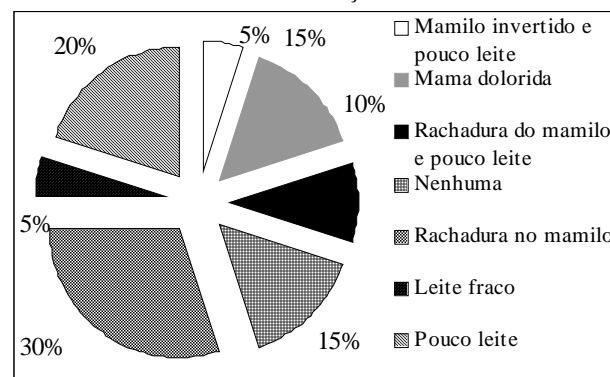


Fonte: Pesquisa de campo

No que diz respeito ao conhecimento das mães sobre as vantagens que o leite materno pode trazer para seus filhos, nota-se que em sua maioria, 11 (55%) afirmaram que a prática de amamentar previne seus filhos de diversas doenças; enquanto que 09 (45%) disseram que amamentar auxilia no desenvolvimento da criança.

Para Toma e Rea (2008) estimativas recentes quanto a diversas formas de ação e suas consequências para a saúde da criança mostraram que a promoção do aleitamento materno exclusivo é a intervenção isolada em saúde pública com o maior potencial para a diminuição da mortalidade na infância.

Gráfico 6 - Distribuição percentual das participantes de acordo com relação às dificuldades encontradas durante a amamentação.



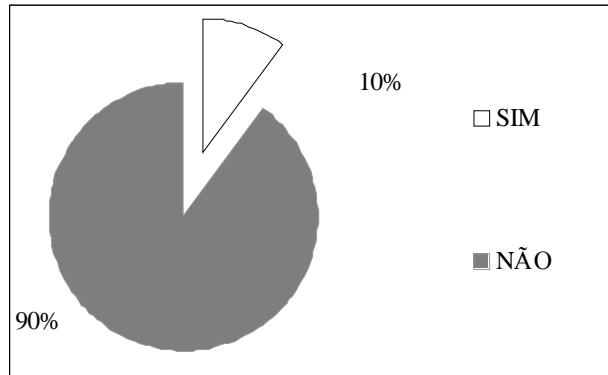
Fonte: Pesquisa de campo

Diante das dificuldades encontradas durante o processo de amamentação, o gráfico 07 demonstra que 06 (30%) das mulheres entrevistadas relataram ter rachaduras no mamilo, seguidas de 04 (20%) que diz ter pouco leite, 03 (15%) relataram sentir dor ao amamentar, 03 (15%) disseram não ter tido nenhuma dificuldade em amamentar, 02 (10%) apresentaram rachadura no mamilo e pouco leite, e apenas 01 (05%) declarou que seu leite era fraco e não era suficiente para satisfazer seu filho.

O aleitamento materno não deve produzir dor, principal causa da maioria dos problemas na amamentação, pois interfere no reflexo da ejeção do leite. Em consequência da criança não

conseguir mamar, a mãe revela o sentimento de angústia, inibindo a ejeção láctea, podendo conduzir ao fracasso da amamentação (FROTA *et al.*, 2009).

Gráfico 7 - Distribuição percentual das participantes de acordo com o abandono da amamentação diante das dificuldades.



Fonte: Pesquisa de campo

Analisando o gráfico 8, percebe-se que das 20 mulheres entrevistadas, 18 (90%) relataram que apesar das dificuldades encontradas durante o período de amamentação não a impediram de amamentar seus filhos, enquanto que 02 (10%) disseram que diante das dificuldades encontradas não foi possível amamentar.

Alguns problemas enfrentados pelas nutrizes durante o aleitamento materno, se não forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação. Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção e no manejo dessas dificuldades (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com vários estudos citados ao longo do trabalho, foi observado que o leite humano é indicado como o alimento ideal para a criança nos seus primeiros meses de vida

devido às suas propriedades nutricionais e anti-infecciosas, além dos diversos benefícios para a saúde da mulher e da criança.

A forma mais segura, eficaz e completa de se alcançar o crescimento e desenvolvimento adequados para uma criança até o sexto mês de vida pós-natal, é garantir o aleitamento materno exclusivo desde a primeira hora de vida extra-uterina, sendo essa prática alimentar o padrão-ouro para lactentes nessa faixa etária.

A presente pesquisa também mostrou que, a maioria das entrevistadas durante o pré-natal, receberam orientações do enfermeiro, sobre a importância que o leite materno exerce na saúde da criança. Tendo o pré-natal uma importância ímpar, uma vez que permite às mulheres receberem um atendimento especializado e individualizado quanto a sua saúde e a do seu filho, dispensado por uma equipe multiprofissional que também prepara a mãe para os cuidados relativos à saúde do bebê entre estes, o aleitamento materno.

Sabe-se também que o aleitamento traz vantagens não só para o infante, como também para a mãe, a amamentação é de suma importância para a saúde e recuperação pós-parto da mãe. Isso foi demonstrado na pesquisa, às mulheres foram orientadas quanto a esses fatores positivos em sua saúde. A compreensão dessas mulheres sobre a prática em aleitar, influencia de forma direta na atitude das mesmas frente ao ato de amamentar. Através das informações das depoentes, pôde-se verificar um conhecimento satisfatório, no que diz respeito aos benefícios encontrados nesse ato de amor e humanização que a amamentação representa na vida do binômio mãe-filho.

Na fase final do trabalho monográfico, pode-se concluir que esse estudo foi de relevante importância, pois proporcionou um maior entendimento sobre o aleitamento materno, bem como os benefícios e dificuldades que podem surgir durante o período de lactação. Espera-se ainda que esse trabalho possa demonstrar aos profissionais de saúde e acadêmicos de enfermagem, quanto importante é a amamentação e como o conhecimento das mães acerca dessa temática influencia na decisão de amamentar ou não.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido:** Guia para os profissionais de saúde/ Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____, Ministério da saúde. **Saúde da criança:** Nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar - Brasília: Ministério da saúde, 2009.
- _____, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério:** Atenção qualificada e humanizada - Manual técnico/Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____, Ministério da saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.** Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.
- DEMITTO, Marcela de Oliveira et al. **Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa.** Revista Rene, v. 11, Número Especial, 2010. p. 223-229. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 10 outubro 2012.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede sus do município do Rio de Janeiro, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(3):425-437, março 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>> Acesso em 06 outubro 2012.
- FROTA, Mirna Albuquerque et al. **Fatores que interferem no aleitamento materno.** Revista Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 61-67, julho/setembro 2009.. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 setembro 2012.
- PAULA, Angélica Oliveira et al. **Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 12, n.3, p.464-470, setembro 2010. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br>>. Acesso em 12 outubro

2012.

POLIDO, Carolina Guizardi et al. **Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico**. Acta paulista de enfermagem, v.24,n.5,São Paulo abril 2011. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 06 outubro 2012.

TOMA, Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, maio 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 outubro 2012.

Data de recebimento para publicação: 06.12.2012. - Data de aprovação do trabalho: 18.01.2013.

Revista:

temas em
saúde

Câncer de Colo Uterino: Resistência de Mulheres ao Exame Citopatológico

Cervical Cancer: Resistance of Woman to Citopatologic Examen

Rita de Kássia Medeiros Lucena¹

Raquel Campos de Medeiros²

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros³

Hellen Maria Gomes Araújo de Souza⁴

RESUMO: A prevenção do câncer de colo do útero é um problema de saúde pública, com isso, para seu enfrentamento a reorganização da atenção à saúde pelo programa Saúde da Família (ESF) tem se mostrado como estratégia efetiva, tanto na prática cotidiana, como diante aos preceitos legais que o norteiam. Este estudo tem como objetivo, identificar quais os fatores que levam algumas mulheres a não realização do exame preventivo do câncer de colo uterino. Trata-se de um estudo descritivo de caráter quantitativo, a amostra foi constituída por mulheres que são atendidas nas unidades básicas de saúde (UBS) no município de São Mamede-PB. Os dados foram obtidos a partir da aplicação de questionários, sendo os mesmos apresentados em forma de tabela e gráficos. Os resultados revelam que a maioria das entrevistadas está na faixa etária de 25 a 35 anos, são casadas, tendo concluído o ensino médio, procedentes da zona urbana, têm vida sexual ativa, só mantiveram relação sexual com apenas um parceiro, nunca apresentaram nenhum tipo de doença sexualmente transmissível, nem sangramento durante a relação sexual, já realizaram alguma vez o exame papanicolaou, sendo também a maioria orientada quanto ao procedimento que a iria ser submetida. Todas as entrevistadas disseram conhecer a importância do exame papanicolaou/citológico. Quanto aos fatores que às levam a não realização do exame, a maioria respondeu ser por vergonha e constrangimento. Ao executar os exames preventivos para o câncer de colo uterino na consulta de enfermagem ginecológica, as mulheres formam em especial, ações voltadas para cuidar de si, tornando possível uma maior aproximação com os resultados de ações na prática da enfermagem.

UNITERMOS: Câncer do Colo Uterino. Papanicolaou. Prevenção.

ABSTRACT: Prevention of cervical cancer is a public health problem, with that, to its confrontation reorganization of health care by the Family Health program (FHT) has proven an effective strategy, both in everyday practice as before the legal precepts that guide. This study aims to identify the factors that lead to Cervical Cancer not undergoing the screening test for cancer of the cervix. This is a descriptive study of quantitative character; the sample consisted of women who are treated in basic health units (BHU) in São Mamede-PB, and the data obtained from questionnaires, where they were presented in tables and graphs. The results show that maiorias interviewed are aged 25 to 35 years, most of them being married, having completed high school, coming from urban areas, mostly women are sexually active, but sex remained with only one partner, never had any sexually transmitted disease, or bleeding during sexual intercourse, as ever conducted Pap smears, and also most counseled about the procedure that would be submitted. All women interviewed said they were aware of the importance of Pap smears / cytology. As for the factors that lead to non-completion of the examination, the majority being answered by shame and embarrassment. When performing preventive screenings for cervical cancer in gynecological nursing consultation, women form in particular actions to care for themselves, making it possible to get closer to the results of actions in nursing practice.

KEYWORDS: Cervical Cancer. Papanicolaou. Prevention.

1. Acadêmica de Enfermagem.

2. Professora Mestre das Faculdades Integradas de Patos.

3. Professora Especialista das Faculdades Integradas de Patos.

4. Professora Especialista das Faculdades Integradas de Patos.

1. INTRODUÇÃO

O Câncer de colo uterino pode ser conceituado como sendo uma neoplasia maligna feminina, que se inicia pelo crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo, acometendo assim o colo uterino. Ocorre inicialmente por transformações intra-epiteliais progressivas. De acordo com (2006), as lesões pré-clínicas inicialmente apresentadas podem evoluir para um estágio invasivo. O câncer de colo uterino particulariza-se por ter uma evolução lenta, ou seja, passar por um longo período de latência que é em torno de 10 a 15 anos.

De acordo com Bezerra et al. (2005), atualmente, a teoria mais aceita para a explicação do aparecimento de Câncer do colo uterino está relacionado às doenças sexualmente transmissíveis (DST), sendo considerados outros fatores de risco, tais como o início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, multiparidade, tabagismo ativo e passivo, uso prolongado de anticoncepcionais orais, hábitos inadequados de higiene, doenças sexualmente transmissíveis, nível sócio-econômico, estando este relacionado ao estado nutricional precário, receio da cliente em realizar o exame devido ao medo, vergonha, ansiedade, ignorância e dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realização do exame preventivo.

O principal agente apontado como causador do Câncer cérvico-uterino é o vírus do Papiloma Humano (HPV). A estratégia utilizada para a detecção precoce da doença é através da realização do exame citopatológico preventivo, conhecido popularmente como exame de Papanicolaou. (BRASIL,2002).

Considerando o Câncer cérvico-uterino como um problema de saúde pública no Brasil, tem-se observado que a existência de programas de rastreamento e estratégias, priorizando os grupos populacionais que se encontram na faixa etária de maior risco e que nunca realizaram o exame, tem contribuído para a detecção precoce e a redução da doença.

Diante da ampla relevância do problema surge o seguinte questionamento: Quais os fatores que levam as mulheres a não realização do exame preventivo do câncer do colo uterino?

Contudo, a construção deste projeto ocorreu do desejo de identificar os fatores que levam algumas mulheres à não realização do exame preventivo do Câncer do colo uterino, aprofundando os meus conhecimentos em relação ao tema abordado, visando ainda despertar o profissional de enfermagem quanto à importância de planejar estratégias adequadas, ações educativas, enfocando durante as consultas ginecológicas a importância do exame de Papanicolaou, objetivando a detecção precoce e a redução desta patologia.

Destarte, o estudo realizado almeja contribuir no enriquecimento dos conhecimentos dos acadêmicos e profissionais da área de saúde, apresentando propostas que fortaleçam as ações de trabalho, reduzindo as taxas de morbimortalidade por esta patologia, ampliando cada vez mais a visão holística da assistência, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da população.

2. METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como sendo uma pesquisa do

tipo descritiva de caráter quantitativa. A pesquisa quantitativa visa determinar fatores que incidam ou atuem sobre determinados fenômenos e verificar suas associações, determinando seus coeficientes estatísticos pertinentes, (TOBAR, 2001). Enquanto que a pesquisa qualitativa tem como preocupação a compreensão da interpretação do fenômeno, considerando o significado que outros dão a suas práticas (GONÇALVES, 2001).

A pesquisa foi realizada no município de São Mamede-PB, com a participação de mulheres entre 25 e 64 anos que são atendidas nas unidades básicas de saúde (UBS) desse município. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado, sendo o mesmo aplicado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Os dados foram coletados após a realização do exame citopatológico nas unidades básica de saúde para posteriormente serem apresentados através de gráficos e tabelas, e discutidos em articulação com a literatura revisada neste estudo.

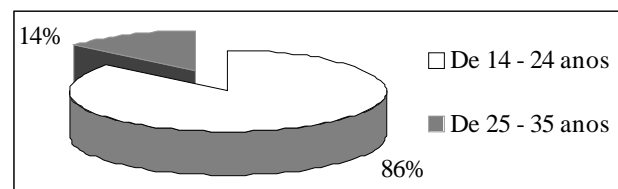
A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. (BRASIL, 1996)

3. RESULTADOS

A distribuição da amostra quanto às características sociais, demográficas e econômicas das mulheres que participaram do estudo mostrou que a maioria delas tinha idade de 25 a 35 anos, a maioria era casada, com ensino médio completo, procedente da zona urbana.

	VARIÁVEIS	Nº	%
Idade	25-35	12	41
	36-46	08	28
	47-57	08	27
	58-68	02	04
Estado Civil	Solteira	06	20
	Casada	13	43
	Separada	02	06
	Divorciada	05	17
	Viúva	02	07
Escolaridade	Outros	02	07
	Ensino Fundamental	07	23
	Ensino Médio	15	50
Procedência	Ensino Superior	08	27
	Urbana	27	90
	Rural	03	10
	TOTAL	30	100

Gráfico 1 - Dados relacionados a idade da primeira relação sexual:

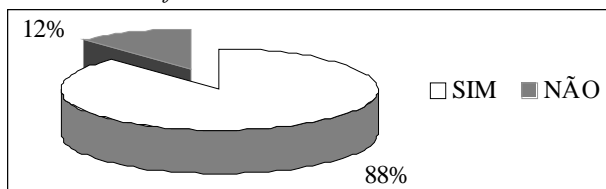


O Gráfico 1 demonstra que 86% das mulheres entrevistadas tiveram sua primeira relação sexual com idade entre 14 e 24 anos, enquanto 14% destas entre 25 e 35 anos de idade.

Em referência a primeira relação sexual, sabe-se que antes dos 18 anos a iniciação é considerada precoce porque a cérvix ainda não está totalmente formada e os níveis hormonais estabilizados.

Henrique Duarte et al. (2011) em estudo sobre os fatores de risco para câncer cervical em mulheres assistidas por uma equipe de saúde da família na cidade de Cuiabá, MT, evidenciaram nos dados coletados que a maioria das participantes iniciou atividade sexual na adolescência, o que representa um fator de risco para doenças sexualmente transmissíveis (como é o caso do HPV, um dos principais causadores de câncer de colo do útero) quando não se utiliza preservativo.

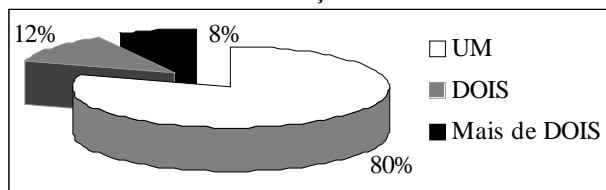
Gráfico 2 - Tem vida sexual ativa?



De acordo com o Gráfico 2 referente a quantidade de entrevistadas que têm vida sexual ativa, verificou-se que 88% delas afirmaram ter vida sexual ativa e 12% negaram.

Carreno et al. (2006) em sua pesquisa à respeito do uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, constataram que 84,5% das mulheres entrevistadas relataram manter vida sexual ativa, corroborando assim, com essa investigação.

Gráfico 3 - Com quantos parceiros você já manteve relação sexual?

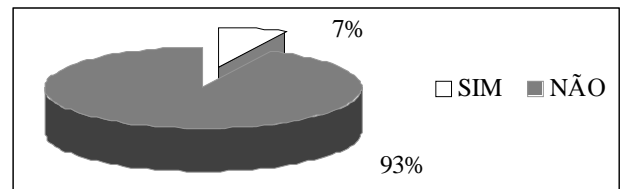


Conforme os dados do Gráfico 3, 80% das entrevistadas afirmaram já ter mantido relação sexual com apenas um parceiro, enquanto 12% afirmaram ter tido com mais de dois, e 8% afirmaram já ter mantido relação sexual com mais de dois parceiros.

O número de parceiros sexuais é considerado fator de risco para que se contraia uma DST, assim como o câncer de colo do útero, no entanto esta pesquisa mostrou que a maioria das mulheres entrevistadas mantém relação sexual com um único parceiro, o que diminui esse risco.

Robbins e Cotran (2005) asseguram que toda e qualquer mulher que mantiver a vida sexualmente ativa corre o risco de contrair alguma doença sexualmente transmissível, onde esse risco aumenta para aquelas que trocam frequentemente de parceiros.

Gráfico 4 - Já apresentou algum tipo de doença sexualmente transmissível?

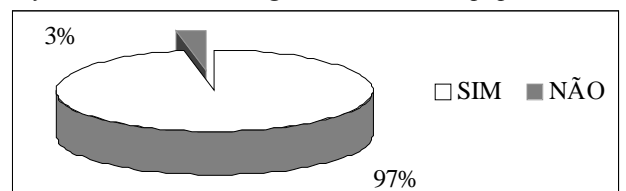


Quando questionadas se já tinham apresentado algum tipo de doença sexualmente transmissível, 93% delas disseram que não e 7% disseram que sim.

Muitas vezes, ocorrem informações não confiáveis sobre a existência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) por parte da população, quando esta não está bem informada acerca dessas doenças. No que diz respeito aos fatores de risco para o acometimento do câncer do colo do útero sabe-se que as doenças sexualmente transmissíveis são um fator de risco ao acometimento do mesmo.

Corroborando com essa afirmação o Ministério da Saúde relata que estudos de prevalência de mulheres com doença sexualmente transmissível apresentam lesões precursoras do câncer de colo do útero cinco vezes mais frequentemente do que aquelas que procuram outros serviços médicos. No entanto, essas mulheres têm maior risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer (BRASIL, 2009).

Gráfico 5 - Já realizou alguma vez o exame papanicolaou?



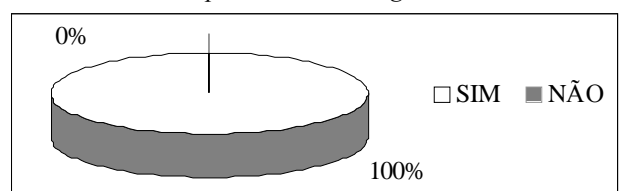
Como visto no Gráfico 5, 97% das entrevistadas afirmaram já ter realizado alguma vez o exame papanicolaou, enquanto 3% disseram que não.

Felizmente, a pesquisa mostrou que a maioria das mulheres já realizou o exame, contudo deve haver por parte dos profissionais um empenho em divulgar ainda mais a importância do exame.

Torres (2010) em seu estudo acerca das dificuldades enfrentadas por mulheres em realizar o exame citológico, corroborando com esse estudo revelou que 90% das mulheres entrevistadas já tinham realizado o exame ginecológico/ exame preventivo, e apenas 10% não realizaram.

Conforme Silva et al. (2006), no Brasil há evidências de que, nos últimos anos, vem aumentando o percentual de mulheres que se submetem ao exame preventivo, acreditando-se que isso, seja em razão da descentralização dos serviços de saúde ocorrida nas últimas décadas.

Gráfico 6 - Você conhece a importância do exame Papanicolau/citológico?

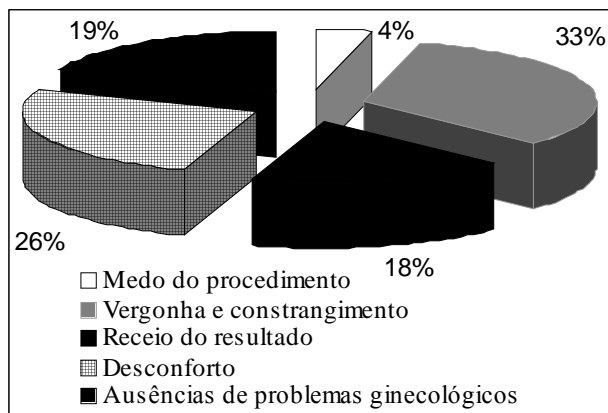


Conforme está apresentado no Gráfico 6, todas as 100% das entrevistadas disseram conhecer a importância do exame Papanicolau/citológico.

Tendo resultados que diferem desse estudo, Silva (2011) avaliando o conhecimento das mulheres sobre as práticas sexuais e o câncer de colo de útero, ao avaliar o conhecimento das mulheres sobre a importância do exame Papanicolau, detectou que de todas as entrevistadas, apenas 72,19% afirmaram conhecer a importância do exame em questão.

Já Gamarra *et al.* (2010) em sua análise sobre a magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e os fatores socioeconômicos identificaram que somente 49,5% das mulheres entrevistadas tinham conhecimento da importância do exame preventivo, entrando assim, em discordância com os dados recolhidos por este estudo.

Gráfico 7 - Quais os fatores que as levam a não realização do exame?



O Gráfico 7 demonstra que 33% das mulheres responderam que vergonha e constrangimento seriam os fatores que as levam a não realização do exame, 26% por causa do desconforto físico, 19% por ausência de problemas ginecológicos, 18% por receio do resultado, e 4% disseram ser por medo do procedimento.

São vários os motivos que levam as mulheres a não realizar o exame, porém nenhum pode justificar a não realização, por se tratar de um exame simples e de grande importância, sendo a maneira mais eficaz utilizada para a detecção precoce das lesões precursoras e diagnóstico do câncer de colo de útero.

Uma vez que, o exame ginecológico constitui-se, em última instância, na exposição íntima da mulher, em evidência a sua genitalia, tão cercada de proibições e tabus, confirma a percepção de que sentimentos negativos relacionados ao exame podem ser procedentes das experiências antigas vivenciadas ao longo da

vida da mulher sobre sua sexualidade, assim como da falta de conhecimentos sobre anatomia e fisiologia do corpo, o papel da mulher na sociedade, relações de gênero, entre outras (JORGE *et al.*, 2011).

Com isso avaliamos como de total importância estar sempre informadas sobre as razões que levam as mulheres a não realização do exame preventivo, pois a partir dos motivos alegados poderemos programar medidas alcançáveis que visem aumentar a cobertura deste exame.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao executar os exames preventivos para o câncer de colo uterino na consulta de enfermagem ginecológica, as mulheres formam em especial ações voltadas para cuidar de si, uma vez que, com essas iniciativas, estas reconhecem a importância da realização do exame, prevenindo-se do câncer.

Entre as mulheres estudadas, com relação ao perfil sócio demográfico houve uma predominância de fatores, com faixa etária de 25 a 35 anos, sendo em sua maioria casadas, tendo concluído o ensino médio e sendo procedentes da zona urbana. Com relação à análise constatou-se que, em sua maioria, as mulheres têm vida sexual ativa, só mantiveram relação sexual com apenas um parceiro, nunca apresentaram nenhum tipo de doença sexualmente transmissível, nem sangramento durante a relação sexual.

A maioria afirmou já ter realizado alguma vez o exame Papanicolau, e tê-lo realizado há 6 meses, sendo também a maioria orientada quanto ao procedimento que iria ser submetida. Todas as entrevistadas disseram conhecer a importância do exame Papanicolau/citológico. Quanto aos fatores que as levam a não realização do exame, a maioria responderam ser por vergonha e constrangimento.

Os conhecimentos adquiridos neste estudo representaram um esforço exploratório, um abrir de portas, tornando possível uma maior aproximação com os resultados de ações na prática da enfermagem e de outras profissões da saúde no sentido de expor procedimentos e orientações, não somente técnicas, mas colocar uma postura compreensiva, entendendo cada mulher como reflexo do meio em que ela vive, reconhecendo assim, que elas buscam se prevenir do câncer do colo uterino antes que nelas se manifestem algo errado.

Portanto, com essa pesquisa foi possível alcançar os objetivos propostos e contribuir para ampliação de conhecimentos técnico-científicos acerca do tema abordado, proporcionando uma enorme realização enquanto acadêmica e futura profissional de Enfermagem.

N.B.

(1) As idéias e todo o conteúdo dos artigos publicados em Temas em Saúde são de responsabilidade única e exclusiva dos autores que colaboraram com a presente edição deste veículo de comunicação. Neste sentido, o editor deixa clara sua isenção contra qualquer protesto que reclame o uso de direitos autorais patrimoniais não autorizados por seus detentores.

(2) A diagramação dos textos publicados nesta edição obedeceu a critérios relacionados ao projeto gráfico desenvolvido para a revista Temas em Saúde, o que implicou em ajustes no formato original com que os artigos foram encaminhados à nossa produção editorial. Contudo, não houve qualquer interferência para modificar, suprimir ou acrescentar elementos à expressão original desses artigos.

(3) A produção editorial de Temas em Saúde agradece aos autores que colaboraram encaminhando seus artigos para esta publicação.

R E F E R Ê N C I A S

- BEZERRA, S.J.S. et. al. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **DST- J. Bras. Doenças Sex. Transm**, v.2, n.17, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino- serviço. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002 .
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica 13: Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996, 24p
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- CARRENO, Ioná; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; OLINTO, Maria Teresa Anselmo and MENEGHEL, Stela. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2006, vol.22, n.5, pp. 1101-1109. ISSN 0102-311X.
- GAMARRA, C. J.; VALENTE, J. G.; SILVA, G. A. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Ver Panam Salud Publica**. 2010.
- GONÇALVES, E. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. Campinas SP: Alínea, 2001.
- HENRIQUE DUARTE, Sebastião Junior et al. FATORES DE RISCO PARA CÂNCER CERVICAL EM MULHERES ASSISTIDAS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CUIABÁ, MT, BRASIL. **Cienc. enferm.** [online]. 2011, vol.17, n.1, pp. 71-80. ISSN 0717-9553.
- JORGE, Roberta Jeane Bezerra et al. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.5, pp. 2443-2451. ISSN 1413-8123.
- ROBBINS, S. L.; COTRAN R. S. **Patologia - Bases Patológicas das doenças**. 7. Ed. São Paulo: Elsevier, 2005.
- SILVA, P. W. et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame papanicolaou em municípios do Sul do Brasil. **Rev. Bras. De Ginecologia e Obstetria**. v. 28, n. 1, 2006.
- TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- TORRES, Geane Herminio Falcão. **Dificuldades enfrentadas por mulheres em realizar o exame Papanicolaou**. Patos, 2010.

Data de recebimento para publicação: 07.12.2012. - Data de aprovação do trabalho: 18.01.2013.

temas em
saúde

Prevalência de Enteroparasitose em Crianças Frequentadoras de Creche Pública

Prevalence of parasitic infections in children attending the Nursery Public

Mário Régio Aguiar Diniz¹

Vanessa Passos Brustein²

RESUMO: As enteroparasitoses são doenças causadas por helmintos e protozoários que acometem o trato intestinal de alguns seres vivos. Os parasitas intestinais estão entre os patógenos mais frequentemente encontrados em humanos. As crianças por dependerem muitas vezes de cuidados alheios, terem baixo grau de informação e além do mais possuírem um sistema imunológico em desenvolvimento, estão mais susceptíveis. O trabalho teve por objetivo isolar e identificar enteroparasitas nas amostras de fezes dos alunos de uma creche pública, situada na cidade de Catolé do Rocha-PB, Brasil, correlacionando com o nível socioeconômico, cultural e higiênico desses indivíduos. A metodologia do estudo foi estabelecida da seguinte forma: a amostragem foi constituída por 45 alunos independente do gênero e raça. A coleta de dados foi feita a partir da aplicação de um questionário sociocultural com os pais ou responsáveis pelos indivíduos, seguida da análise das fezes dos escolares. O material fecal foi processado seguindo técnicas pré-estabelecidas como: Hoffman, Pons e Janer, e examinado por profissionais distintos, oferecendo mais confiança às análises. Das crianças analisadas apresentaram-se parasitadas 82%, muitas delas com biparasitismo. *Giardia lamblia* foi o protozoário patogênico mais frequente (28%), seguido de *Entamoeba histolytica* (6%). Os helmintos detectados foram: *Ascaris lumbricoides* (67%), *Ancylostomideo* e *Enterobius vermicularis*. Visto que estas crianças podem funcionar como portadores e, portanto, fonte de contaminação, este estudo sugere que um programa de educação continuada envolvido com a prevenção e tratamento das infecções parasitárias seja implantado no âmbito escolar.

UNITERMOS: Crianças. Infecções Parasitárias. Parasitas Intestinais.

ABSTRACT: *The enteroparasitoses are diseases caused by protozoa and helminths that affect the intestinal tract of some living beings. Intestinal parasites are among the pathogens most often found in humans. Children for care often depend on others, they have a low degree of information and what's more, they have a developing immune system are more susceptible. The study aimed to isolate and identify enteroparasitas in stool samples of students of a public daycare, located in Catolé do Rocha-PB, Brazil, correlating with the socioeconomic, cultural and hygienic level of these individuals. The study's methodology was established as follows: the sample consisted of 45 students regardless of gender and race, being data collection made from the application of a cultural survey with parents or responsible individuals, followed by analysis of feces. The fecal material has been processed according to pre-established techniques as: Hoffman, Pons and Janer, and examined by different professionals, which provided a lower index of results masked. Of the children studied were parasitized 82%, many of them with biparasitismo. *Giardia lamblia* has been the most common pathogenic protozoan (28%), followed by *Entamoeba histolytica* (6%). The helminths were detected: *Ascaris lumbricoides* (67%), *Enterobius vermicularis* and *Ancylostomideo*. Since these children can act as carriers and therefore source of contamination, this study suggests that a continuing education program involved with the prevention and treatment of parasitic infections is deployed in this area.*

KEYWORDS: Children. Parasitic Infections. Intestinal Parasites.

1. Graduando do curso Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos, FIP, Patos-PB, Brasil.

2. Professora Dra. do Curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos, FIP, Patos-PB.

INTRODUÇÃO

Um dos principais problemas de saúde pública na população mundial consiste nas doenças originadas de parasitos intestinais, que contribuem para elevadas taxas de morbidade e mortalidade principalmente nos países em desenvolvimento (ROCHA et al., 2008). As infecções parasitárias são consideradas indicadores do desenvolvimento socioeconômico de um país. Níveis elevados de mono e poliparasitismo podem perfeitamente comprometer o desenvolvimento adequado do organismo humano, sobretudo nos primeiros anos de vida (SILVA et al., 2012). Estes fatores desencadeiam, além de problemas gastrintestinais, baixo rendimento corporal e, por consequência, atraso no desenvolvimento escolar (SILVA, 2006). A transmissão dos enteroparasitas ocorre na maioria das vezes por via passiva oral, através da ingestão de água e/ou alimentos contaminados por estruturas parasitárias liberadas por esses agentes (TREVISO et al., 2007). As enteroparasitoses são infecções causadas principalmente por protozoários (*Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*), platelmintos (*Taenia solium*, *Taenia saginata* e *Hymenolepis nana*) e nematódios (*Trichuris trichiura*, *Strongyloides stercoralis*, *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*). Esses agentes etiológicos apresentam ciclos evolutivos que contam com períodos de parasitose humana, períodos de vida livre no ambiente e períodos de parasitose em diferentes animais. A infecção em humanos é mais comumente observada em crianças (TOSCANI et al., 2007).

Segundo Neves (2009), as infecções parasitárias podem causar sérias complicações nos escolares (anemia, má absorção, colite, hemorragia gastrointestinal, entre outras) e quando associadas pode culminar em um desenvolvimento cognitivo insuficiente e um rendimento escolar insatisfatório, justificando uma investigação coproparasitológica nas crianças deste âmbito. O presente trabalho objetivou isolar e identificar parasitas intestinais nas amostras de fezes dos alunos de uma creche da rede pública, situada na cidade de Catolé do Rocha-PB, Brasil, correlacionando com o nível socioeconômico, cultural e higiênico desses indivíduos.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa de opinião relacionada à prevalência de parasitoses intestinais em crianças que frequentam creche pública localizada na cidade de Catolé do Rocha no Estado da Paraíba, Brasil.

A população foi estabelecida por uma parcela de 60 crianças que estavam devidamente matriculadas na creche. A amostragem foi constituída por 45 indivíduos, independente do gênero e raça. Foram convidados a participar da pesquisa alunos de todas as idades, e que prioritariamente residiam em zonas periféricas da cidade, onde as condições de moradia e saneamento básico eram mais precárias. As crianças que estavam utilizando antiparasitário durante o período da coleta foram excluídas.

A coleta de dados foi feita através da aplicação de um questionário com os pais das crianças. Foram realizados exames

coprológicos num laboratório de análises clínicas da cidade de Patos-PB, mediante técnicas de concentração e sedimentação já estabelecidas (Hoffmann, Pons & Janer). Foram confeccionadas duas lâminas para cada amostra, e examinadas por profissionais distintos, dando mais credibilidade à análise.

Para coleta das fezes os pais das crianças receberam coletor universal devidamente identificado com o número de registro para cada participante. O coletor também continha solução conservante, mertiolato, iodo e formol (MIF) para acondicionamento de fezes de três dias seguidos, o que aumentou a probabilidade de resultados mais precisos.

Os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o software Microsoft Excel.

Todos os participantes receberam um laudo de exame parasitológico. Aqueles que estavam infectados foram encaminhados à consulta médica e tratamento no Programa Saúde da Família (PSF) na área de abrangência da creche.

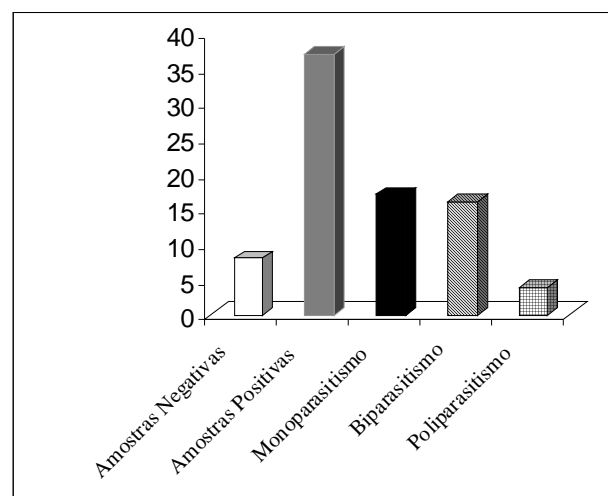
Este estudo teve sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos e foram obedecidos os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência total de enteroparasitas nos escolares estudados foi bastante elevada (82%) e a maioria dos estudantes estava infectada por uma única espécie de parasito. A associação de 2 ou mais espécies de parasitos também foi detectada, observando-se a presença de até 3 espécies diferentes infectando um mesmo indivíduo (Fig.1). Dados semelhantes também foram observados nos escolares da rede pública de ensino de Natal - RN (SATURNINO et al., 2005).

A faixa etária mais parasitada foi entre 1 a 4 anos, o que está de acordo com outros dados da literatura (MACEDO et al., 2005).

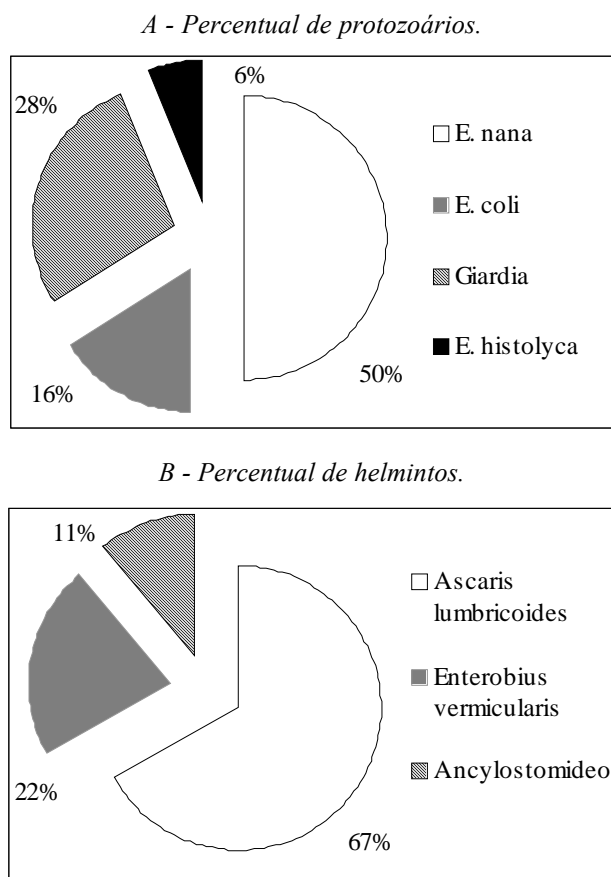
Figura 1 - Ocorrência de enteroparasitas em amostras fecais de 37 escolares de uma creche pública situada na cidade de Catolé do Rocha-PB, analisadas pelo método de sedimentação espontânea (Hofman, Pons e Janer).



Nesta faixa, as crianças ficam mais expostas à contaminação em razão do desconhecimento dos princípios básicos de higiene, do maior contato com o solo, que funciona como um referencial lúdico (LUDWING et al., 1999). Segundo a distribuição por gênero, ocorreu uma frequência ligeiramente maior no sexo masculino (59%), concordando com dados da literatura.

Os resultados também foram descritos de acordo com a frequência de espécies parasitárias encontradas nas amostras que se mostraram positivas. Os protozoários identificados nas análises das amostras fecais foram: *Endolimax nana*, *Entamoeba coli*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica* (Fig.2A). Em relação aos helmintos os mais frequentes foram: *Ascaris lumbricoides*, nematódeo que por sinal vem sendo muito prevalente em crianças, seguido de *Ancylostomideo* e *Enterobius vermicularis* (Fig.2B). Os índices de parasitos intestinais encontrados neste trabalho revelam um perfil semelhante ao de outros estudos realizados com escolares da rede pública de ensino como, por exemplo, em Paracatuba-SE (96%) (FERREIRA et al., 2006), Neópolis-SE (85,3%) (PRADO, et al. 1998), Natal-RN (84,9%) (SATURNINO et al., 2005) e em Salvador-BA (66,1%) (PEREIRA et al., 2005).

Figura 2 - Frequência de espécies parasitárias encontradas nas amostras que se mostraram positivas.



O elevado percentual de *Giardia lamblia* (28%), como principal agente patogênico no grupo estudado, evidencia a necessidade de implementação de medidas preventivas. Sabe-

se que a frequência de giardíase é mais alta em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos. Estima-se que a alta prevalência desse parasita nas amostras analisadas pode estar intimamente ligada a não higienização correta de frutas e vegetais, como também foi visto em Mirassol no estado de São Paulo. Ademais, o decréscimo da taxa de giardíase normalmente se eleva com a faixa etária, visto que contatos sucessivos com o parasito aumentam a imunidade do hospedeiro e, além disso, a higiene se torna mais efetiva à medida que a criança cresce. Outro fator importante na disseminação da giardíase é que este parasito frequentemente é encontrado em ambientes coletivos, visto que a transmissão pelo contato direto pessoa-pessoa aumenta as chances de contaminação (MACHADO et al., 1999).

Embora tenha sido observada uma grande prevalência de protozoários intestinais não patogênicos, como *E. nana* (50%) e *E. coli* (16%), é importante destacar que estas espécies apresentam os mesmos mecanismos de transmissão de outros protozoários patogênicos, como *E. histolytica* e *G. lamblia*, podendo servir como bons indicadores das condições sanitárias a que os indivíduos estão expostos. Ainda que os comensais não causem quaisquer prejuízos ao seu hospedeiro, a infecção por estas espécies tem importante implicação na epidemiologia das doenças parasitárias, pois reflete as condições de saneamento básico, a presença ou não de rede de esgoto, a qualidade da água consumida e os hábitos de higiene a que os escolares estão expostos (SILVA et al., 2012).

Em relação aos helmintos, verificou-se que os mais frequentes foram *Ascaris lumbricoides*, seguido de *Enterobius vermicularis* e *Ancylostomideo*. No Brasil, vários levantamentos coproparasitológicos em diferentes comunidades têm demonstrado que o *Ascaris lumbricoides* é o helminto que ocorre com maior frequência (MÁRQUEZ et al., 2002; REDANTE, 2005). Aqui, foi observada uma menor prevalência para *Enterobius vermicularis* e *Ancylostomideo* do que em outras regiões do país, fato esperado, uma vez que não foi utilizada metodologias específicas (técnica Graham e Baerman Moraes) para detectar ovos e larvas dessas espécies respectivamente.

Quanto ao nível socioeconômico das famílias dos alunos, observou-se que a maioria das mães (60%) era doméstica e 42% tinham ensino fundamental incompleto. Um grande percentual das famílias possuía residência própria apresentando instalações sanitárias (91%), porém 70% das residências não estavam ligadas a rede de esgotos, sendo os dejetos depositados em fossas. Segundo Ferreira et al. (2006), a fossa séptica ainda é uma modalidade de saneamento muito utilizada no Brasil, corroborando com o que foi observado nesse estudo. A fonte de água para consumo em sua maior parte (96%) era tratada, sendo o tratamento desta para beber praticado apenas em 67% das residências. Outro ponto que foi observado foi o destino do lixo das residências, onde em 89% das casas a coleta pública era realizada e 11% das famílias dos escolares relataram despezá-lo em terreno baldio, o que aumenta ainda mais o risco para a aquisição de verminose por todos os moradores do bairro, além de contribuir para a proliferação de insetos. Em relação ao consumo de frutas, legumes e verduras cruas, foi visto que um grande percentual (62%) consumia após lavagem apenas com água corrente (Tab.1).

Apesar dos serviços de abastecimento de água, coleta de lixo, instalações sanitárias, entre outros, suprirem mais da metade das residências, quase que a totalidade (82%) da população estudada estava infectada. Esse dado indica que as medidas de educação em saúde devem ser tema obrigatório de discussão na creche municipal, tanto para com funcionários, pais, como os próprios alunos, para que haja substancialmente a diminuição do acometimento dessas crianças por parasitoses intestinais.

É visto que ações educativas em Saúde no controle dos agravos das parasitoses intestinais tem se mostrado uma estratégia capaz de atingir resultados significativos e duradouros e com baixo custo, tanto em populações com endemicidade alta ou baixa (PHIRI, 2000; ASOLU, 2003).

Tabela 1 - Perfil higiênico-sanitário de 45 famílias dos escolares que responderam ao questionário durante o período de agosto a outubro de 2012.

VARIÁVEIS ESTUDÁVEL	CATEGORIA	FAMÍLIAS DOS ESCOLARES Nº (%)
Fonte de água para consumo	Tratada	43 (96)
	Não tratada	02 (04)
Medidas de higienização da água	Filtrada	30 (67)
	Direto da torneira	15 (33)
Preparação de frutas e vegetais	Água	28 (62)
	Água - vinagre	10 (22)
	Água - sabão	05 (11)
	Água - hipoclorito	02 (05)
Destino do lixo	Coleta pública	40 (89)
	Terreno baldio	05 (11)

Também foi relatado que as práticas educativas se mostram tão eficazes quanto o melhoramento do saneamento básico, sendo superiores ao tratamento em massa e em longo prazo, mostrando o real significado de mantê-las ou inclui-las no cronograma escolar (ASOLU, 2003). Portanto, identificar, tratar e prevenir enteroparasitoses na infância contribui para um melhor desenvolvimento físico e intelectual.

CONCLUSÃO

Com a presente pesquisa, foi observado que a maioria dos alunos estava parasitada principalmente pelas espécies *Endolimax nana*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba coli*, *Entamoeba histolytica*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostomideo* e *Enterobius vermicularis*, o que constituiu um bom indicador das condições socioeconômicas, ambientais e sanitárias a que os escolares estão expostos. Foi feito um trabalho de conscientização com os funcionários da creche junto com os pais dos alunos, e o tratamento específico das crianças foi realizado com acompanhamento médico no posto de saúde que atende à comunidade local. Ficou claro que o levantamento coproparasitológico dos escolares ainda é um procedimento de suma importância, para o fornecimento de informações epidemiológicas necessárias para promover a intervenção e implantação de medidas educativas que evidenciem as mais precisas formas de prevenção.

R E F E R Ê N C I A S

- ASOLU, S. O.; OFOEZIE, I. E. The role of health education and sanitation in the control of helminth infections. **Acta Tropica**, v. 86, n. 2, p.283-94, 2003.
- FERREIRA H. *et al.* Estudo epidemiológico localizado da frequência e fatores de risco para enteroparasitoses e sua correlação com o estado nutricional de crianças em idade pré-escolar. **Publicatio UEPG Ciências Biológicas e da Saúde**. Ponta Grossa, PR. v. 12, p. 33-40, 2006.
- LUDWING K. M. *et al.* Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população de Assis, Estado de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba, MG, v.32, p.547-555, 1999.
- MACEDO H. S. Prevalência de parasitos e comensais intestinais em crianças de escolas da rede pública municipal de Paracatu (MG). **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.37, p. 209-213, 2005.
- MACHADO R. C. *et al.* Giardiase e helmintíases em crianças de creches e escolas de 1º e 2º graus (públicas e privadas) da cidade de Mirassol (SP, Brasil). **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 32 (6), p. 697-704, nov/dez, 1999.
- MÁRQUEZ A. S. *et al.* Prevalência de enteroparasitoses em crianças de um bairro de baixa renda de Londrina - PR. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**. v. 4, p. 55-60, 2002.
- NEVES, P. D. **Parasitologia Dinâmica**. 3ª ed. São Paulo, SP, Atheneu, 2009.
- PEREIRA C. W; SANTOS F. N. Prevalência de geo-helmintoses em crianças atendidas na rede pública de saúde de Neópolis, município do estado de Sergipe. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 37, p. 113-116, 2005.
- PHIRI, K. *et al.* Urban/rural differences in prevalence and risk factors for intestinal helminth infection in southern Malawi. **Annals of Tropical Medicine Parasitology**, v. 94, n. 4, p. 381-7, 2000.
- PRADO M. S. *et al.* Epidemiologia das parasitoses intestinais em escolares dos municípios alvo do programa Bahia Azul. **Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia APIS**: p. 1-16, 1998.
- RAMOS G. C. S. C. **Correlação entre parasitoses intestinais, estado nutricional, condições socioeconômicas e sanitárias de crianças de três creches públicas no município de Niterói**. Rio de Janeiro. Tese de mestrado em patologia clinica e analises

clínicas – UFFLU, 2006.

REDANTE D. **Prevalência de parasitoses em crianças moradoras da colônia Z3** - Pelotas. RS. Dissertação apresentada à Faculdade Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, 2005.

ROCHA A; MENDES R. A; BARBOSA C. S. Strongyloides spp e outros parasitos encontrados em alfaces (lactucasativa). comercializados na cidade do Recife, PE. **Revista Patologia Tropical**. Goiás, GO, maio/jun; 37 (2): p. 151-60. 2008.

SATURNINO A. C. R. D, *et al*. Enteroparasitoses em escolares de 1º grau da rede pública da cidade de Natal, RN. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 37, p.83-85, 2005.

SILVA E. F; SILVA V. B. C; FREITAS F. L. C. Parasitoses intestinais em crianças residentes na comunidade ribeirinha são francisco do laranjal, município de Coari, esta do do Amazonas, Brasil. **Revista de Patologia Tropical**. v. 41 (1) p. 97-101, jan/mar. 2012.

SILVA H. P. Sócio-ecologia da Saúde e Doença: os efeitos da invisibilidade nas populações caboclas da Amazônia. In: Adams C, Murrieta RSS, Neves WA. **Sociedades Caboclas Amazônicas**. Anablume, São Paulo, SP, 2006.

TOSCANI, N. V. *et al*. Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas. Porto Alegre, RS. **Comunicação, Saúde, Educativa**, v. 11, n. 22, p. 281-94, mai/ago, 2007.

TREVISO, C. B.; FONSECA, M. G. Ocorrência de parasitas intestinais em crianças de 1 a 2 anos de idade no município de Bebedouro, São Paulo. **Revista Fafibe On Line**. n. 3, p. 1-2, ago. 2007.

Data de recebimento para publicação: 12.12.2012. - Data de aprovação do trabalho: 18.01.2013.

temas em Saúde

Infecção Urinária em Gestantes Assistidas em Uma Unidade da Estratégia Saúde da Família

Urinary Infection in Pregnancy Strategyn Family Health Assisted

Rayanny Miguel de Sousa¹
Rosa Martha Ventura Nunes²
Raquel Campos de Medeiros³
Tarciana Sampaio Costa⁴

RESUMO: A Infecção do Trato Urinário (ITU) é bastante comum durante a gestação por estar nesse período de transformação anatômica e fisiológico favorecendo o desenvolvimento dessa patologia. O objeto é identificar a faixa etária mais acometida pela infecção urinária, manifestações e assistências durante o pre- natal. Pode ser evidenciada desde a bacteriúria assintomática até a litíase urinária que podem influenciar para o parto prematuro. O pré –natal realizado de maneira preventiva e eficaz se torna de total importância para minimizar um quadro de agravos ocorrentes para o binômio mãe-feto. Essa pesquisa trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa em três Estratégias de Saúde da Família (ESF) no município de Patos. A amostra foi constituída por 30 gestantes maiores de 18 anos, que estavam com infecção urinária e que aceitaram participar da pesquisa, (93,3%) realizaram sumário de urina sempre que apresentaram alguma sintomatologia, (96,8%) informaram que foi exatamente na ESF que tiveram conhecimento da infecção e (85,8%) o enfermeiro foi o principal responsável pelo acompanhamento das gestantes. A partir dos resultados observar-se que as gestantes não têm o conhecimento do que é a ITU, como ela se desenvolve e os riscos ocorrentes. Esse estudo foi fundamental para sabermos o quanto se faz necessário e importante o diagnóstico e tratamento de maneira precoce, sabendo assim que a gestante avaliada de forma obrigatória e bem orientada transformará esse período possivelmente mais seguro.

UNITERMOS: Enfermagem. Estratégia de Saúde da Família. Infecção Urinária.

ABSTRACT: *The Urinary Tract Infection (UTI) is one of the most common infections, where the women stand out for being in this period of transformation anatomical and physiological favoring its development. Can be evidenced from asymptomatic bacteriuria to urinary stones that can develop into premature labor. The prenatal care for preventive and effective becomes all important to minimize a framework of injuries occurring in both the mother and fetus. Held through an exploratory, descriptive quantitative approach with three Family Health Strategy(FHS) in the city of Patos. The sample consisted of 30 pregnant women over 18, who were with urinary tract infection who agreed to participate, (93,3%) underwent summary of urine whenever presented some symptoms, (96,8%) said that was exactly the FHS who had knowledge about the infection and (85,8%) the nurse was primarily responsible for monitoring the pregnant. From the results it can be seen that pregnant women have no knowledge of what the ITU, as it develops, and the risks occurring during infection. This study was important for us to know how much is necessary and important to the diagnosis and treatment as early as possible, knowing well that the pregnant evaluated on a mandatory and targeted turn this time as comfortable and expected to be a healthy pregnancy.*

KEYWORDS: *Nursing. Family Health Strategy. Urinary Infection.*

1. Artigo extraído da monografia apresentada á coordenação de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, Brasil-PB.

3. Professora Mestre das Faculdades Integradas de Patos, Brasil-PB.

4. Professora Mestre das Faculdade Integradas de Patos, Brasil-PB.

5. Professora Mestre das Faculdades Integradas de Patos, Brasil-PB.

INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das infecções mais comuns, principalmente no período gestacional onde pode passar despercebido pelos profissionais. A investigação é realizada no pré-natal, onde dispomos de exames de rotina para facilitar o diagnóstico precoce.

O enfermeiro é o profissional que mantém maior contato com as pacientes da unidade básica de saúde e de acordo com o Ministério da Saúde, pode solicitar os exames do pré-natal. Portanto, torna-se claro o papel crucial que a enfermagem exerce no cuidado à gestante, sendo possível uma detecção precoce da infecção urinária (GOIS *et al.*, 2010).

Para Eduardo (2007), a infecção do trato urinário é definida pela presença e a multiplicação de microrganismos patogênicos que podem atacar qualquer nível do aparelho urinário, desde a bexiga (forma menos agressiva) causando cistite, até o rim (a mais grave) causando a pielonefrite. A infecção leve pode ser assintomática, mas na maioria das vezes, causa dor e ardor na micção. Nos casos mais graves, os sintomas são náuseas, vômitos, febre, urina turva com odor, calafrios e uma dor intensa na região lombar (rins).

Conforme o autor supracitado, as infecções urinárias são mais frequentes em mulheres uma vez que, a uretra feminina é mais curta que a masculina e localiza-se próximo ao ânus, podendo ocorrer contaminação do trato urinário através das fezes, de forma ascendente, pois inicia na uretra causando uretrite, na bexiga cistite e nos rins pielonefrites. A mulher gestante torna-se mais vulnerável devido às transformações anatômicas e fisiológicas que ocorrem em seu organismo favorecendo o desenvolvimento da infecção.

De acordo com Jeyabalan e Lain (2007), a gravidez altera também a função tubular. A fração de absorção de glicose, de aminoácidos e de beta-microglobulina está reduzida, o que resulta em taxas mais altas de excreção urinária. A correlação clínica dessas mudanças é que algumas pacientes podem apresentar glicosúria na ausência de hiperglicemia. Infecção do Trato Urinário (ITU) é definida pela presença de bactéria na urina tendo como limite mínimo definido a existência de 100.000 unidades formadoras de colônias bacterianas por mililitro de urina (ufc/ml) (MASSON *et al.*, 2009).

Conforme Duarte *et al.*, (2008), vários fatores tornam a infecção do trato urinário uma complicação relevante do período gestacional, podendo agravar o prognóstico materno e perinatal. Preocupação adicional para os profissionais responsável pela atenção pré-natal destas mulheres e que, além da incidência aumentada de infecções sintomáticas entre grávidas, justamente neste período, o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas, onde alguns fármacos são restritos. Por estes motivos, o conjunto do diagnóstico precoce, seguido de terapêutica adequada e imediata, é imprescindível durante a assistência pré-natal, evitando comprometer o prognóstico materno e gestacional. Os desfechos perinatais são resultantes de uma complexa rede de fatores que inclui determinantes biológicos, socioeconômicos e assistenciais (VICTORA *et al.*, 2011).

Normalmente na gravidez, além da urina ser rica em glicose,

aminoácidos e hormônios degradados, ocorre também um aumento do pH, tornando a urina um meio de cultura enriquecido e favorável a proliferação das bactérias, entre elas a *Escherichia coli*, seguida por *KlebsiellaeEnterobacter* (EDUARDO, 2007). A baixa quantidade de dados sobre este tema justifica sobremodo a realização de estudos epidemiológicos e revisões de literatura, as quais propiciam a reunião de dados existentes e demonstrem a real situação nas diferentes regiões do país. Além disso, é também fundamental o conhecimento sobre a prevalência dos diferentes patógenos neste tipo de infecção, na tentativa de auxiliar o tratamento empírico quando este for o mais indicado (BRAIOS *et al.*, 2009).

Preocupando-se com os elevados índices de infecção urinária na gravidez, e estando cientes que para preveni-lo é necessário um pré-natal efetivo. Dessa forma, é possível evitar complicações no binômio mãe-feto surgindo então a seguinte questão: Qual a incidência de infecção urinária em gestantes assistidas na Estratégia da Saúde da Família (ESF) no município de Patos-PB.

Diante das considerações acima, a presente pesquisa forneceu dados sobre a infecção urinária durante o período gravídico, sendo de extrema importância para o binômio gestante-feto, uma vez que essa alteração gera inúmeros problemas durante o ciclo gestacional, colaborando também para o desenvolvimento de estratégias de saúde servindo para a melhoria dos resultados no município de Patos.

Objetivou-se com esse estudo descrever a ocorrência da infecção urinária durante a gestação nas ESF em Unidades de Saúde do município de Patos-PB.

METODOLOGIA DA PESQUISA

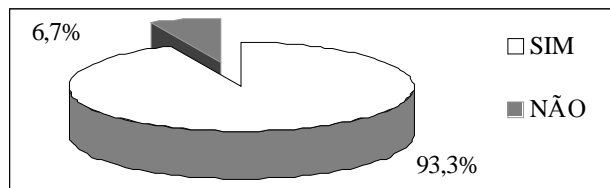
Trata-se de um estudodescritivo com abordagem quantitativa, realizada no município de Patos que apresenta 36 postos de Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde destes, foram selecionados três ESF: Evaristo Medeiros Guedes, Ardebal Martins e Bifar Olinto, em decorrência de um contato prévio com os responsáveis enfermeiros, os quais demonstraram disponibilidade em contribuir com a pesquisa, tornando acessíveis os dados e contatos das gestantes que desenvolveram em algum momento da gestação um quadro da infecção urinária. A população foi constituída por 100% das gestantes cadastradas na ESF. A amostra foi constituída por 30% das gestantes que desenvolveram a infecção urinária no período gestacional. Para coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado individual, contendo perguntas objetivas, que nos permitiram uma avaliação em conformidade com os objetivos formulados por esta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados representativos da ocorrência de ITU nas gestantes no município de Patos-PB, observou que o determinado sumário deve ser realizado de forma prestada a consulta do pré-natal, apresentando ou não sintomas. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), afirma que deve ser solicitados para gestantes pelo menos três exames de urina tipo

I mais urocultura. Estes exames são de extrema relevância para diagnosticar ITU's e evitar possíveis complicações durante a gestação para ambos a mulher gestante e seu concepto. No gráfico 2 pode-se notar que (93,3%) realizou um sumário de urina sempre que apresentou alguma sintomatologia e (6,7%) não constaram a apresentação desse exame.

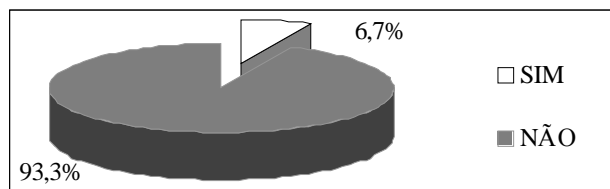
Gráfico 1 - Distribuição das gestantes quanto à realização de exames para detecção da infecção urinária



Os exames complementares que podem ser úteis para o diagnóstico de ITU incluem: (1) Urina rotina, (2) Urocultura (Exame definidor do diagnóstico), (3) Antibiograma; e em casos selecionados, (4) Hemocultura (Em casos de pielonefrite) e (5) Exames de imagem (Ultrassonografia, Tomografia computadorizada e Ressonância Magnética) (KUGA; FERNANDES, 2009). De acordo com Costa (2010) a E. coli é colonizada do cólon intestinal, região perianal, introito vaginal e região peri uretral. Por ser uma bactéria que apresenta propriedades uropatogênicas específicas, consegue, mais facilmente, invadem todo trato urinário de pessoas saudáveis. Por outro lado em pacientes cujo sistema imunológico encontra-se fragilizado, como no caso de crianças, gestantes, idosos e imunodeprimidos, cepas não patogênicas podem se tornar as principais responsáveis por um processo inflamatório.

O gráfico 2 mostra que 93,3% das entrevistadas não tem conhecimento sobre o que é infecção urinária e como ela se desenvolve onde somente 6,7% conhecem sobre a tal patologia. Portanto causa um número alarmante, já que a ITU é considerada uma infecção comum nas gestantes. Com base nos índices expostos pode se afirmar que mais da metade das gestantes entrevistadas não tem conhecimento da ITU, sendo assim a procura do diagnóstico se torna mais tardia e o tratamento deveria ser realizado o mais rápido possível. Ter o conhecimento da patologia ajuda para realização de minimizar o aumento da infecção e para a realização de um tratamento muito mais eficaz.

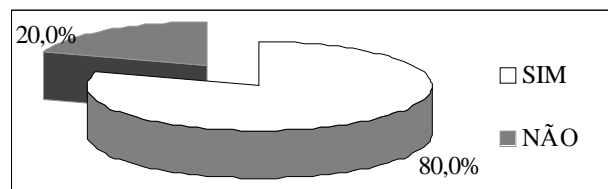
Gráfico 2 - Distribuição das gestantes quanto ao conhecimento sobre infecção urinária e como ela se desenvolve.



Sabendo que o prognóstico gestacional acarretará várias complicações, o tratamento deverá ser realizado o mais rápido possível, onde os dados do gráfico 3 afirmam que em (80,0%) das gestantes que apresentaram infecção urinária foi realizado o

tratamento antibiótico contra a infecção. Pode-se considerar uma boa conduta terapêutica oferecida pela Estratégia de Saúde da Família, onde (20,0%) não realizou nenhum tratamento durante o pré-natal.

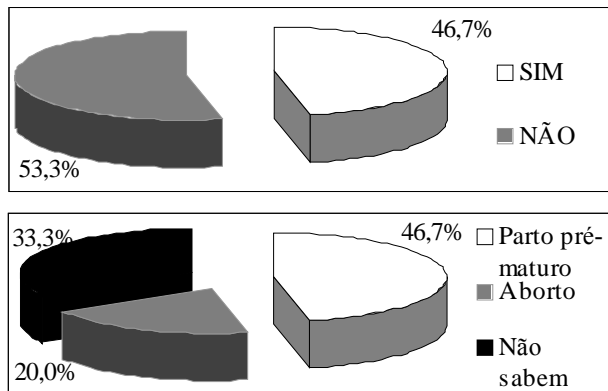
Gráfico 3 - Distribuição da amostra quanto à realização ou não do tratamento para infecção urinária durante o pré-natal.



De acordo com o Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN) é preconizado a solicitação de urina do tipo 1 (sumário de urina) na primeira semana e outro após a 30 semana gestacional (BRASIL, 2006). Assim, para evitar riscos mãe-feto o tratamento adequado deveria ter uma relação de diagnóstico precisa e eficaz, não ocasionando riscos a gestação como também evitar que o recém nascido apresente alguma complicação. A assistência ao pré-natal é uma das principais medidas de prevenção com o objetivo de garantir a saúde materna e do bebê durante toda a gravidez e o parto, identificando situações que possam aumentar o risco de desfechos desfavoráveis. A abordagem de cada gestante tem que ser baseada no risco gestacional, nas características da população rastreada, na prevalência das doenças mais comuns e na avaliação das evidências disponíveis (AMORIM; MELO, 2009).

De acordo com Duarte *et al.*, (2008), não existem dúvidas de que a ITU representa relevante fonte de complicações maternas (celulite e abscesso perinefrético, obstrução urinária, trabalho de parto pré-termo, corioamniorrexe prematura, anemia, corioamnionite, endometrite, pré-eclâmpsia, choque séptico, falência de múltiplos órgãos e óbito) e perinatais (prematuridade, infecção, leucomalácia periventricular, falência de múltiplos órgãos e óbito). De acordo com a amostra (46,7%) são cientes que a mencionada patologia oferece risco, citados tais como: parto prematuro e aborto, enquanto (53,3%) não adquiriram ao tal conhecimento, sendo um número considerado elevado já que tanto o diagnóstico e o tratamento devem ser seguidos rigorosamente.

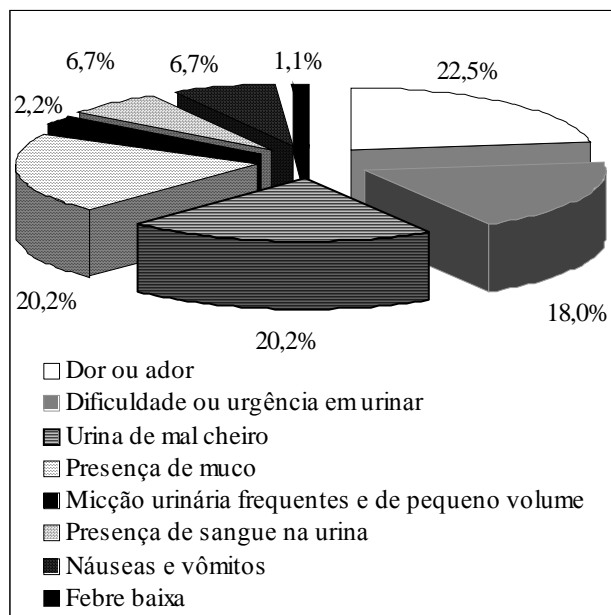
Gráfico 4 - Distribuição da amostra sobre os riscos ocasionados pela infecção urinária e quais.



É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml. Se não tratada, 25% das mulheres desenvolverão sintomas e progressão para pielonefrite. Outras complicações são trabalho de parto prematuro (TPP), anemia e restrição do crescimento intra-uterino (RCIU). O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que na maior parte das vezes o sedimento urinário é normal (BRASIL, 2005).

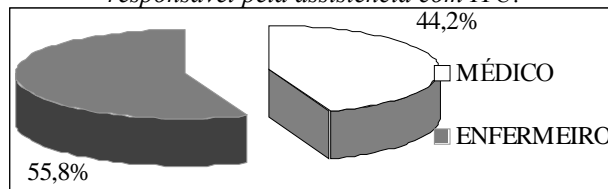
Através do quinto questionamento, foi indagado saber das entrevistadas quais os principais sinais e sintomas produzidas pela infecção urinária, onde é possível constatar que (22,5%) apresentaram dor ou adôr, (20,2%) micções frequentes e presença de muco, (18,0%) dificuldade de urinar, (7,8%) urina de mal cheiro, (6,7%) náuseas e vômitos, (2,2%) presença de sangue na urina e (1,1%) febre baixa.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra quanto aos sintomas apresentados durante o período gestacional com infecção urinária.



Sintomas clínicos caracterizados por frequência urinária, disúria e urgência miccional, quando presentes em associação e na ausência de sintomas de vaginite, determinam uma elevação na probabilidade de se estar frente a um episódio de infecção urinária, levando-se em consideração uma elevada probabilidade pré-teste (ROSSI *et al.*, 2011). Os dados do gráfico 6 revela que (55,8%) o enfermeiro foi o principal responsável pelo acompanhamento com as gestantes e (44,2%) foram acompanhadas pelo médico. O enfermeiro é o profissional que mantém maior contato com as pacientes da unidade básica de saúde e de acordo com o Ministério da Saúde, pode solicitar os exames do pré-natal. Portanto, torna-se claro o papel crucial que a enfermagem exerce no cuidado à gestante, sendo possível uma detecção precoce da infecção urinária (GOIS *et al.*, 2010).

Gráfico 6 - Distribuição da amostra acerca do profissional responsável pela assistência com ITU.



Acredita-se que o enfermeiro como principal transmissor de informações seja ele o responsável pelo adequado e efetivo pré-natal, tornado se então um vínculo de conhecimento e segurança as gestantes, indo além de ações somente tecnicistas. Onde as gestantes devem se sentir bem acolhidas na ESF e assim possam ter um atendimento humanizado e individual garantindo para seus conceitos uma vida de boa qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão de que a ITU é considerada uma das infecções mais comuns no período gestacional. A atenção ao pré-natal destas mulheres é que, além da incidência aumentada de infecções entre gestantes, justamente neste período, o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são restritas, considerando-se a toxicidade de alguns fármacos para o produto conceitual (embrião/feto e placenta), minimizando com um diagnóstico precoce, seguido de terapêutica adequada e precisa.

A assistência no pré-natal eficaz evita comprometer o prognóstico materno e gestacional. O enfermeiro como educador da ESF está diretamente ligado à população, facilitando então o esclarecimento das patologias e estando sempre presente, diminuindo as ITUs como as demais complicações e patologias. As prioridades observadas a respeito da sintomatologia causa preocupação nas gestantes com a infecção urinária quando assintomática, pois justamente por passar despercebida, esta condição pode levar ao parto prematuro do bebê e à hospitalização da gestante. Outro ponto principal que deve ser considerado é a solicitação e realização precoce da urocultura. Esse exame fornece resultados confiáveis e seguros quanto à presença de microrganismos no trato urinário, possibilitando um tratamento pontual. Para a prevenção as campanhas de educação devem ser constantes pelos órgãos de Saúde Pública já que a informação obtém um papel fundamental, melhorando de tal forma a conduta do profissional e o entendimento as gestantes.

Após avaliar o material bibliográfico para fundamentar a presente pesquisa obtivemos os objetivos atingidos onde neste estudo a conduta do profissional influenciou em um pré-natal eficaz e que as ITUs devem ser avaliadas com cautela tendo direito a gestante a informação da determinada infecção, sabendo que há várias complicações assim evitando um quadro mais grave obtendo uma qualidade de vida saudável para o binômio mãe-feto.

R E F E R Ê N C I A S

- AMORIM, M.M.R.; MELO, A.S.O.; Avaliação dos exames de pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol.31, n.3. 2009.
- BRAOIOS, C.B.S; *et al.*, Infecções do trato urinário em pacientes não hospitalizados: etiologia e padrão de resistência aos antimicrobianos. **Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial**. Rio de Janeiro, v.45, n.6, nov./dec., 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério, 2006.
- COSTA, L.C, *et al.*, Infecções urinárias em pacientes ambulatoriais: prevalência e perfil de resistência aos antimicrobianos. **Rev Bras Anál Clín**. Campina Grande - PB; vol.42, N.3, P.175-180, 2010.
- DUARTE G, *et al.* Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.30 n.2, p.93-100, 2008.
- EDUARDO, G. *et al.*, Infecções do trato urinário. In CHAVES-NETTO, H. de **Obstetrícia básica**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- GOIS, A.L.C, *et al.*, Infecção do trato urinário e trabalho de parto prematuro: A realidade em uma maternidade referencia para alto risco em Aracaju (SE). **Caderno de graduação Ciências biológicas e da saúde**. v.11, n.11, 2010.
- JEYABALAN, A., LAIN, K.Y. **Anatomic and functional changes of the upper urinary tract during pregnancy**. Urol. Clin. North. Am. 2007; 34:1.
- KUGA, A.P.V; FERNANDES M.V.L. **Prevenção de Infecção do Trato Urinário (ITU) Relacionado à Assistência à Saúde**. 2ª ed, São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar - APECIH, 2009.
- MASSON P; *et al in .*, Metaanalyses Prevention and Treatment of Urinary Tract Infections. **Infect Dis Clin North Am.** v. 23: p.355-85.2009.
- ROSSI, P. *et al.*, Infecção urinária não complicada na mulher: diagnóstico. **Rev Assoc Med Bras.** V.57, n.3, p.258-261, 2011.
- VICTORA, C.G; *et at.*, **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges**. Lancet 2011; 377:1863-76.

Data de recebimento para publicação: 20.12.2012. - Data de aprovação do trabalho: 21.01.2013.

temas em
saúde

Câncer de Mama: Avaliação do Nível de Informações de Um Grupo de Mulheres¹

Breast Cancer: Evaluation of Level of Information From a Group of Women

Ivanette Fonseca Azevêdo²

Aline Karla Araújo de Holanda Leite³

Geane Gadelha de Oliveira⁴

Ana Paula Medeiros⁵

RESUMO: O câncer de mama é considerado uma patologia complexa e heterogênea, apresentando formas de evolução lenta ou sendo rapidamente progressiva, é a neoplasia mais temida pelas mulheres em função das importantes modificações corporais que este tipo de câncer acarreta, e conseqüentemente pelos seus efeitos psicológicos que afetam a sexualidade e a imagem corporal da mulher. O presente estudo teve como objetivo realizar uma avaliação sobre o nível de informações de um grupo de mulheres a cerca do câncer de mama. Tratou-se de um estudo com caráter descritivo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. O local do estudo foi em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Piancó-PB. Os resultados do estudo evidenciaram que a maioria das entrevistadas, 47,5% estão na faixa etária de 40 anos ou mais, 92,5% afirmou ter conhecimento sobre a patologia, em se tratando da obtenção de informações sobre a doença 42,5% relataram que obtiveram com o profissional enfermeiro. Das 40 mulheres, 80% relataram que realizam o auto-exame, o que é significativamente importante para que se tenham mecanismos de prevenção no combate ao câncer da mama. Dessa forma, esta pesquisa foi de grande relevância, pois adentra na possibilidade de despertar nos profissionais de saúde e em acadêmicos em formação, reflexões sobre a qualidade das informações prestadas as mulheres sobre o câncer de mama, sua prevenção, causas e tratamento, e assim sensibilizando a população feminina nos permite trabalhar medidas profiláticas quando falamos deste mau tão grave. Cabendo ao profissional enfermeiro prestar informações que busquem promover o bem estar da mulher.

UNITERMOS: Informação. Mulheres. Neoplasia da Mama.

ABSTRACT: Breast cancer is considered a disease complex and heterogeneous, presenting ways to slow progression or being rapidly progressive cancer is the most feared by women in terms of major body modifications that causes this type of cancer, and therefore by its psychological effects that affect sexuality and body image of women. The present study aimed to conduct an assessment on the level of information of a group of women about breast cancer. This was a study with a descriptive and exploratory, quantitative and qualitative approach. The study site was in a Family Health Unit in the Municipality of Piancó - PB. The results of the study showed that 47.5% are aged 40 years or more, most of the interviewees, which equates to 92.5% claimed to have knowledge of such pathology, when it comes to getting information about the disease, 42.5% reported that they had with the nurse. Of the 40 women, 80% reported performing self-examination, which is significantly important to have mechanisms that prevent the fight against breast cancer. Thus, this research was of great importance, because enters the possibility of awakening from health professionals and academics in education, reflections on the quality of information provided to women about breast cancer, its prevention, causes and treatment, and so sensitizing the female population prophylactic measures allows us to work when we speak of this evil so serious. Fitting provide information to nurses who seek to promote the welfare of women.

KEYWORDS: Information. Women. Breast Cancer.

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

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Rua Manoel Costa Ferreira, nº 28. CEP 58765-000, Piancó-PB. E-mail:teteazevedo90@hotmail.com.

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

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

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

INTRODUÇÃO

O trabalho ora apresentado trata-se de uma patologia que muito vem crescendo e assolando pessoas, principalmente as mulheres, que de forma repentina surge as deixando abaladas, uma vez que na sua maioria é preciso uma cirurgia de retirada de parte da mama ou até a mama por inteiro, o que mexe com a autoestima dessas mulheres.

O câncer de mama é considerado uma patologia complexa e heterogênea, apresentando formas de evolução lenta ou sendo rapidamente progressiva, é a neoplasia (câncer) mais temida pelas mulheres em função das importantes modificações corporais que este tipo de câncer acarreta, e conseqüentemente pelos seus efeitos psicológicos que afetam a sexualidade e a imagem corporal da mulher (JAMMAL *et al.*, 2008).

Essa imagem pode ser abalada quando a mulher descobre que tem câncer, a maioria pensa que é o fim da vida, tornando o prognóstico de cura difícil, pois é preciso trabalhar o psicológico dessas mulheres fortalecendo o entendimento sobre a patologia (CLAPIS, 2006).

O câncer de mama é o segundo tipo mais freqüente no mundo entre a população feminina, respondendo por cerca de 22% dos novos casos a cada ano, no Brasil a taxa de mortalidade por esse tipo de câncer ainda continua elevada, isso se dá pelo fato da doença ser diagnosticada em estágios avançados (INCA, 2012).

Conforme o autor supracitado, se o câncer for diagnosticado e tratado no início, o prognóstico é relativamente bom, já a sobrevida média de um portador de câncer de mama possui média de 5 anos atingindo o percentual de 61%, o câncer é raro antes dos 35 anos, acima dessa faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Somente para o ano de 2012 estima-se que apareçam 52.680 novos casos, sendo calculado o número de óbito de 12.852 mortes, 147 em homens e 12.705 em mulheres.

O câncer de mama tem uma história seguida de mutilações, dor e sofrimento, o que faz com que a mulher tenha uma maior preocupação com sua saúde, observa-se que hoje no Brasil várias campanhas conscientizam a mulher sobre essa doença e seus cuidados, o que pode contribuir para a identificação de novos casos, assim contribuindo para a melhora na qualidade de vida das mulheres.

Essas informações são importantíssimas na prevenção e no tratamento dessa doença, já que muitas mulheres perdem o medo de fazer o exame clínico das mamas e receber o resultado. Conforme o exposto acima surgiu o questionamento, será que as mulheres obtêm conhecimento satisfatório sobre o câncer de mama?

Sendo assim este trabalho justifica-se como sendo de grande importância, pois buscou identificar o conhecimento de mulheres sobre o câncer de mama, contribuindo para o avanço de novos estudos sobre a referida temática. Esta pesquisa trará para a comunidade acadêmica como também para os profissionais da área da saúde, um importante roteiro no que diz respeito ao cuidar do paciente. Identificando fatores importantes que de certa forma possam contribuir para o surgimento do (câncer de mama).

Este estudo teve como objetivo realizar uma avaliação sobre o nível de informações de um grupo de mulheres a cerca do câncer de mama.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa com caráter descritivo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. O local de estudo foi em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Piancó-PB. A população foi constituída por 40 mulheres que estavam cadastradas na Unidade de Saúde da Família no município de Piancó-PB. E a amostra foi composta por 100% da população entrevistada. Para a coleta dos dados, foi utilizada a aplicação de um instrumento denominado roteiro de entrevista, pré-elaborado pelos pesquisadores norteador, por perguntas objetivas e subjetivas.

Após aprovação do Comitê de Ética sob protocolo 024/2012, deu-se início a coleta de dados, esta ocorreu no mês de Agosto de 2012. A cada participante foi informado o caráter acadêmico da pesquisa e foi apresentado o Termo Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando assim a Resolução 196/96 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Para a interpretação dos dados qualitativos levou-se em consideração as falas das usuárias, onde foram avaliadas segundo a análise de conteúdo de Minayo, e apresentadas na forma de quadros. Análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, ou conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas Minayo (2006). E os dados quantitativos foram mostrados na forma de tabela e gráficos em valores percentuais e absolutos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Dados de identificação sócio-demográficos da amostra

	VARIÁVEIS	f	%
Faixa Etária	19 à 39 anos	13	32,5
	30 à 39 anos	08	20,0
	40 ou mais anos	19	47,5
Escolaridade	Alfabetizada	02	05
	E. Fund. Completo	28	70
	E. Fund. Incompleto	02	05
	Ensino Médio	01	2,5
Estado Civil	Ensino Superior	07	17,5
	Casada	25	62,5
	Solteira	14	35
Procedência	União estável	01	2,5
	Zona Urbana	39	97,5
Nível econômico	Zona Rural	01	2,5
	1 salário mínimo	10	25
TOTAL	> de 1 salário mínimo	30	75
		40	100

Na Tabela 1, observa-se que quanto a faixa etária da amostra estudada, 32,5% relataram se enquadrar na faixa etária de 19 à 39 anos, 20% de 30 à 39 anos e com maior percentual 47,5% a faixa etária de 40 anos ou mais. Conforme o INCA (2012), a idade ainda continua sendo o principal risco para o câncer de

mama, as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos posteriormente esse aumento ocorre de forma lenta.

Em relação à escolaridade observa-se que em sua maior totalidade estão aquelas com ensino fundamental completo, perfazendo um percentual de 70%, ficando com 5% aquelas que descreveram ser alfabetizadas, 5% com ensino fundamental incompleto, 2,5% com ensino médio e 17,5% com ensino superior. Subentende-se que pessoas com grau de instrução maior encontram-se mais instruídas e aderem com maior facilidade a medidas que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Quanto ao estado civil 62,5% afirmaram ser casadas, 35% solteiras e 2,5 possui união estável. Já em relação à procedência 97,5% relataram ser oriundas da zona urbana e apenas 2,5% ser da zona rural. O estudo apresentou informações importantes quanto à procedência das mulheres, pois na zona urbana é onde se encontra atendimento em saúde especializado portanto, acreditamos que mulheres de procedência da zona urbana encontram maior acolhimento quando a buscam sua saúde.

No que diz respeito a procedência observou-se que 97,5% afirmaram ser procedente da zona urbana em contra partida 2,5% relatou ser na zona rural.

Em relação ao nível econômico podemos observar que 25% relataram que a renda familiar corresponde a 1 salário mínimo em contrapartida 75% relataram ter redá superior à 1 salário mínimo. O nível econômico de uma pessoa favorece na busca por melhores condições de tratamentos de saúde, uma vez que dele necessite, tornando-a mais susceptível a melhores prognósticos.

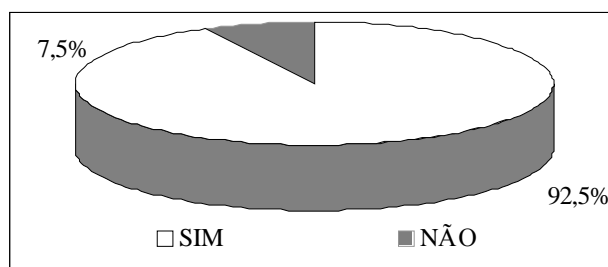
Quadro 1 - Dados da amostra relacionados ao significado do câncer de mama

Questionamento	Respostas das Entrevistas
Para você o que significa câncer de mama?	“Presença de nódulos”. Sujeitos 1, 3.
	“Cistos benignos e malignos”. Sujeitos 2, 3, 7,3 9
	“Enfermidade gerada a partir de nódulos no seio e se detectado a tempo tem cura”. Sujeitos 4, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 29, 31, 33, 34, 36, 38, 39
	“Patologia degenerativa”. Sujeitos 8,9
	“Doença que se não tratada mata”. Sujeitos 13, 20, 24, 26
	“Doença que pode causar sérios danos a saúde da mulher”. Sujeitos 27,30 “Não sei”. Sujeito 28
	“Doença que está no meio de muitas mulheres que não querem se cuidar”. Sujeitos 32,37 “Uma doença que pode ser identificada com exames”. Sujeito 35

Ao discorrer sobre o Quadro 1, observamos que o câncer de mama obtém vários significados para as mulheres, porém podemos destacar que muitas, acreditam que a doença é gerada a partir de nódulos no seio, portanto, nota-se que existem várias visões sobre essa doença. Segundo da Silva et al., (2012), as representações do câncer remetem a uma doença cruel, corrosiva, contagiosa, estigmatizada e degradante, que consome o indivíduo aos poucos.

Este tipo de câncer é temido pelas mulheres, em decorrência do elevado índice de morbimortalidade e de mutilação, com conseqüente comprometimento da auto-estima e do desenvolvimento social de que é por ele acometido, interferindo significativamente nas relações sociais, pessoais, profissionais e afetivas.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com as respostas dos entrevistados, com relação às orientações sobre a doença. Unidade de Saúde da Família, Piancó-PB, 2012.

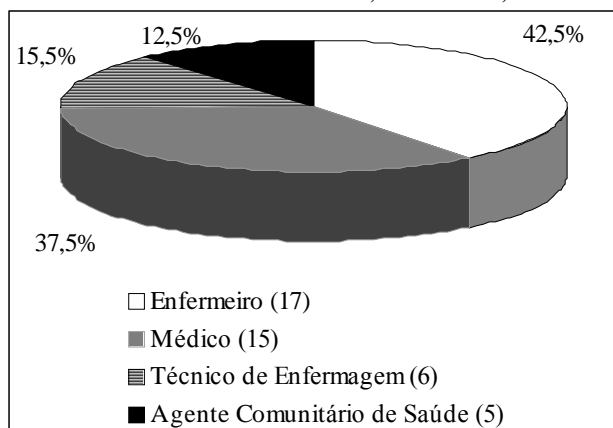


Observa-se no Gráfico 1, que 7,5% da amostra afirmaram não ter orientação quanto a doença já a maioria com 92,5% afirmaram ter conhecimento sobre a patologia. Conhecer sobre o câncer de mama é fundamental para se obter melhores aspectos no que diz respeito a meios de prevenção. Portanto, é notório em nosso estudo que mais de 90% conhecem um pouco sobre a doença, o que favorece na busca pelo tratamento, caso acometa alguma dessas entrevistadas.

Para Oliveira (2011), nos espaços voltados para o ensino do autocuidado, perdem-se oportunidades de diálogo com o outro, desprezando-se seus saberes e experiências, assim o conhecimento é necessário a fim de se evitar os perigos da vida, sendo necessário para se manter saudável.

Gonçalves (2009), retrata que para se obter o controle do câncer de mama é importante ações na área de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce da doença, e fundamental que os profissionais de saúde orientem as mulheres quanto da importância de sua realização periodicamente.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra de acordo com as respostas dos entrevistados, com relação ao profissional que a orientou. Unidade de Saúde da Família, Piancó-PB, 2012.



No Gráfico 2, observa-se que a maioria das entrevistadas chegando a 42,5% relataram que obtiveram informações sobre a doença com o profissional enfermeiro, 37,5% com o médico, 15,5% com o técnico em enfermagem e 12,5% das mulheres com ACS.

Em relação ao conhecimento das mulheres sobre o câncer de mama Batiston et al., (2011), em seu estudo relatou que a maioria das mulheres que tinham algum tipo de conhecimento sobre a doenças afirmaram que esta foi prestada por um profissional vinculado a saúde da família tanto na unidade de saúde básica quanto na residência durante visitas domiciliares, observando-se assim a importância do programa Saúde da Família na disseminação de informações sobre o câncer de mama.

O Agente Comunitário de Saúde é o profissional responsável pela busca ativa, rastreando em suas micro-áreas as mulheres que necessitam realizar o Exame Clínico das Mamas. Assim, é de fundamental importância que ele conheça os exames e as recomendações dadas para a detecção precoce do mesmo. Junto com a equipe, o ACS deve buscar uma integração entre a equipe da unidade de saúde e a população para que essa equipe fique informada se há mulheres com algum risco, entre outras atribuições de promoção da saúde a seguimento de mulheres com algum tipo de alteração (BRASIL, 2006).

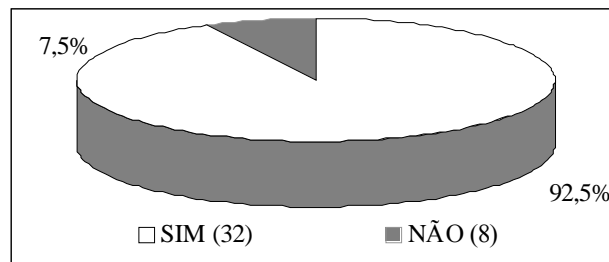
Segundo Cestari e Zago (2012), a Sociedade de Enfermeiras em Oncologia dos Estados Unidos, Oncology Nursing Society, trás a tona a necessidade da atuação do profissional enfermeiro na educação profissional e pública, nos serviços de detecção da doença, nas investigações científicas e ainda nas políticas públicas em saúde, atendo-se a criação de estratégias voltadas para a prevenção do câncer na mulher.

Segundo Pereira e Moreira (2012), a consulta de enfermagem é um serviço regulamentado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 159/93 surgindo como parte integral de atendimento a saúde da mulher, portanto a realização deste tipo de atendimento deve ser feito em todas as faixas etárias, incluindo suas especificidades, como forma de prevenção primária e detecção do câncer de mama.

Portanto observa-se o valor do profissional enfermeiro na detecção do câncer de mama, dessa forma este profissional deve trabalhar na comunidade, ações que busquem desmistificar

mitos e inverdades sobre o câncer de mama, além de promover a qualidade de vida na população feminina, a mais afetada quando se trata desta patologia.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra de acordo com as respostas dos entrevistados, com relação a realização do auto exame. Unidade de Saúde da Família, Piancó - PB, 2012.

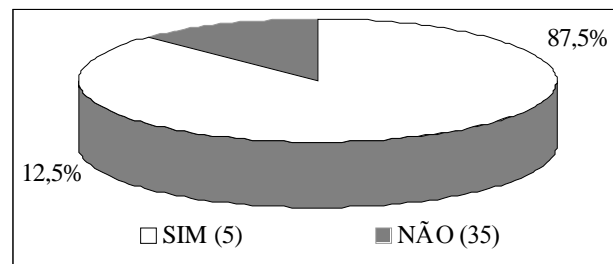


No Gráfico 3, nota-se que 20% das entrevistadas afirmaram não realizar o auto exame das mamas, por outro lado 80% relataram que realizam, o que é significativamente importante para que se tenha mecanismos de prevenção no combate ao câncer da mama.

Recomenda-se que o exame das mamas seja realizado pela própria mulher e que faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo, pois uma mulher que se preocupa em palpar o seio tem como benefício a detecção de tumores menores e diagnóstico mais precoce (MARTINS et al., 2010).

Goi Júnior, Poltronieri e Xavier (2012), em seus estudos demonstraram que a idade crescente e a procura por especialistas no assunto que diz respeito ao câncer de mama, são as maiores frequências que fazem com que a mulher realize o auto exame de mama mensalmente, portanto o auto exame deve ser estimulado pelos serviços de saúde pública sem diminuir a importância dos exames secundários.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra de acordo com as respostas dos entrevistados, com relação a observação de algo diferente nas mamas após o auto-exame. Unidade de Saúde da Família, Piancó-PB, 2012.



O Gráfico 4, trás a informação de que 12,5% das mulheres entrevistadas observaram algo diferente ao realizar o auto exame das mamas, já 87,5% não notaram nada de anormal.

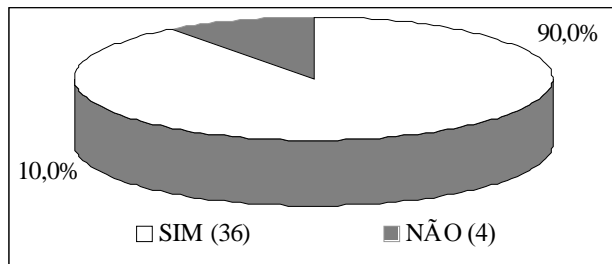
Em seu estudo Leite et al., (2012), observou que a maioria das mulheres que eram portadoras de câncer de mama afirmaram ter descoberto o nódulo na mama através do auto-exame, portanto tal estudo vai de encontro com dados apresentados pelo Ministério da Saúde o qual revela que 80% dos tumores

são encontrados pela mulher através do auto-exame.

Dessa forma é fundamentalmente importante que a mulher tenha consciência de que ela mesma pode buscar contribuir com ações que visem expectativas de qualidade de vida para si própria, portanto a instrução de como se realiza o auto-exame pode ser trabalhado pelo profissional enfermeiro orientando-a a realizar periodicamente.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra de acordo com as respostas dos entrevistados, com relação ao saber quais exames são realizados para detecção do câncer de mama.

Unidade de Saúde da Família, Piancó-PB, 2012.



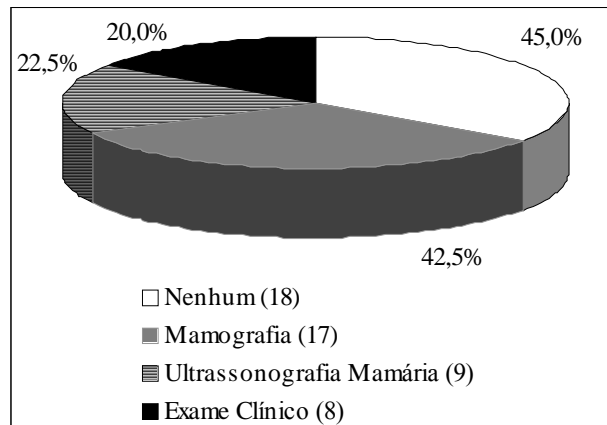
No Gráfico 5, observamos que 10% não sabem quais exames podem detectar o câncer de mama, já 90% afirmaram ter conhecimento sobre os exames que podem ser feitos para detectar tal patologia. Sendo assim, o conhecimento frente a meios de prevenção sobre a patologia torna-se importante aliado na prevenção.

Em seus estudos Santos e Chubaci (2011), a respeito do conhecimento sobre algum exame utilizado para descobrir o câncer de mama (detecção precoce), verificaram que (22,4%) não conheciam nenhum exame para detectar o câncer de mama, (77,6%) conheciam algum exame, entretanto (38,8%) do total estudado não conseguiam expressar o nome correto do exame, referindo-se aos exames pelas características, como “aquele exame que aperta o seio” (mamografia), “o médico apalpa” (exame clínico das mamas) e “a massagem do seio ou apalpação” (auto-exame).

A detecção da doença em estágio inicial favorece tratamentos que podem erradicar totalmente o câncer de mama, essa detecção precoce é realizada por meio do auto-exame das mamas, exame clínico das mamas, ultrassonografia e a mamografia, dentre os métodos de detecção precoce, a mamografia é considerada a mais eficaz na faixa etária acima dos 40 anos.

Gráfico 6 - Distribuição da amostra de acordo com as respostas dos entrevistados, com relação à realização de algum tipo de exame da mamas.

Unidade de Saúde da Família, Piancó - PB, 2012.



No Gráfico 6, podemos observar que 45% das mulheres afirmaram não ter realizado nenhum dos exames acima mencionados, 42,5% disseram que já fizeram a mamografia, 22,5% das mulheres realizaram a ultrassonografia mamária e 20% realizaram o exame clínico das mamas. Com relação ao maior percentual encontrado em nosso estudo, gera uma preocupação em relação a agressividade da patologia em questão, uma vez que não realizando nenhum tipo de exame torna-se menos viável a chance de cura, pois sabemos que quanto mais cedo identificarmos a doença em seu estágio inicial pode-se obter um bom prognóstico. Assim a realização de exames na identificação do câncer de mama é imprescindível para a saúde da mulher.

A mamografia e ultrassonografia são capazes de identificar tumores não palpáveis, porém apresentam alto custo para os cofres públicos e não fornecem resultados operacionais para serem aplicados em grandes massas populacionais, consagrando-se o auto-exame mensal como estratégia de escolha, uma vez que se caracteriza como prevenção secundária, sem custos e segura (NASCIMENTO; SILVA; MACHADO, 2009).

Novaes (2009), afirma que a mamografia quando realizada regularmente pelas mulheres, pode reduzir a mortalidade em 45%. Em contra partida Batiston (2009), relata que muitas mulheres não têm acesso a mamografia, devido o alto custo e a demora ao

N.B.

(1) As idéias e todo o conteúdo dos artigos publicados em Temas em Saúde são de responsabilidade única e exclusiva dos autores que colaboraram com a presente edição deste veículo de comunicação. Neste sentido, o editor deixa clara sua isenção contra qualquer protesto que reclame o uso de direitos autorais patrimoniais não autorizados por seus detentores.

(2) A diagramação dos textos publicados nesta edição obedeceu a critérios relacionados ao projeto gráfico desenvolvido para a revista Temas em Saúde, o que implicou em ajustes no formato original com que os artigos foram encaminhados à nossa produção editorial. Contudo, não houve qualquer interferência para modificar, suprimir ou acrescentar elementos à expressão original desses artigos.

(3) A produção editorial de Temas em Saúde agradece aos autores que colaboraram encaminhando seus artigos para esta publicação.

serem encaminhadas pelos médicos dos serviços públicos, assim a redução das mortes pelo método mamográfico não é observada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o câncer de mama uma importante patologia na saúde da mulher e sua incidência alta, e possuindo inúmeros fatores observa-se que tal patologia possui meios que podem prevenir a doença, observa-se que esta doença quando descoberta no início possui um bom prognóstico de cura, portanto é necessário que a mulher procure realizar exames preventivos os quais buscam sinais e sintomas que possam ser o indicativo para o câncer de mama.

O estudo conseguiu atingir o objetivo proposto, realizar uma avaliação sobre o nível de informações de um grupo de mulheres a cerca do câncer de mama. Nota-se através do estudo que o câncer tem vários significados para as mulheres, e que a maioria das entrevistadas sabe que quanto mais cedo o câncer

de mama for detectado pode-se obter a cura. Observa-se ainda que com relação ao conhecimento é satisfatório já que 92,5% das mulheres afirmaram ter conhecimento sobre a doença, além do mais, nota-se que o profissional enfermeiro é um importante agente na transmissão das informações para mulher, outro ponto importante em nosso estudo foi evidenciado no que diz respeito ao auto-exame das mamas, onde 80% das mulheres relataram realizá-lo o que contribui para a detecção precoce de sinais que podem ser indicativos para o câncer.

Esta pesquisa foi de grande relevância, pois adentra na possibilidade de despertar nos profissionais de saúde e em acadêmicos em formação, reflexões sobre a qualidade das informações prestadas as mulheres sobre o câncer de mama, sua prevenção, causas e tratamento, dessa forma sensibilizar a população feminina nos permite trabalhar medidas profilática quando falamos deste mau tão grave. Cabendo ao profissional enfermeiro prestar informações que busquem promover o bem estar da mulher.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL, M. S. da. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- BATISTON, A. P.; *et al.* MÉTODO DE DETECÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E SUAS IMPLICAÇÕES, *Cogitare Enferm*, vol. 14, n.1, pp. 59-64, Campo Grande- Ms, Jan/Mar 2009.
- BATISTON, A.P., *et al.* Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 11 (2): 163-171 abr. / jun., 2011.
- CESTARI MEW, ZAGO MMF. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. *Cienc Cuid Saude* 2012; 11 (suplem.): 176-182.
- CLAPIS, J. M. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama - uma perspectiva de gênero**. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto - SP, Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.
- DA SILVA, S. E. D. câncer de mama uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas. *Capa* > v. 3, n. 2 (2012).
- GOI JÚNIOR, C. J.; POLTRONIERI, L. R.; XAVIER, N. L.. Frequência do autoexame das mamas em amostra populacional de Xangri-Lá. *Rev HCPA* 2012; 32 (2).
- GONÇALVES, L.L.C, et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: Conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17 (3): 362.
- INCA. **Estimativa 2012, incidência de câncer**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?id=5>> Acessado em 21 de outubro de 2012.
- JAMMAL, et al. **Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama**. Artigo de revisão: O Mundo da Saúde. São Paulo, 32(4): p. 506-510, 2008.
- LEITE, F. M. C., et al., Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, Reprodutivo e comportamental de mulher. *Cogitare Enferm*. 2012 Abr/Jun; 17 (2): 342.
- MARTINS, S. C. et al., Assistência de enfermagem a cliente portadora de Câncer de mama. Rio de Janeiro 2010. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/Dissertacao_MARTINS.pdf
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. 406 p.
- NASCIMENTO, T. G. do; SILVA, S. R. da e MACHADO, A. R. M. Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. *Rev. bras. enferm*. 2009, vol. 62, n.4.
- NOVAES, C. O., MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S310-S320, 2009.
- OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM*. Vol. 64, nº. 1; p. 1-13, 2011.
- SANTOS, G. D. dos; CHUBACI, R. Y. S.. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, n 16 v (5): 2533-2540, 2011.

Data de recebimento para publicação: 20.12.2012. - Data de aprovação do trabalho: 21.01.2013.

Incidência de Diarréia em Crianças de 0 a 2 Anos Oriundas de Bairros de Baixo Poder Socioeconômico¹

Impact of diarrheal children from 0 to 2 years from the neighborhoods of low socioeconomic

Claudia Gonsalves de Sousa²

Maria de Magdala Nóbrega³

Mirtes Nóbrega⁴

José Arimtéia Maia⁵

RESUMO: Neste estudo buscou-se investigar os principais fatores de riscos que influenciam a incidência de diarreia em crianças de 0 a 2 anos, oriundas de um bairro de baixo poder socioeconômico de uma cidade do Sertão Paraibano. Pesquisado tipo exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. Amostra composta por 14 crianças menores de dois anos, apresentando quadro diarreico, as mesmas foram entrevistadas individualmente, seguindo os critérios do posicionamento ético. A maioria dos participantes foi do sexo feminino, representando 71% (n=14) da amostra. Quanto ao grau de escolaridade das mães, 14% tinham ensino fundamental incompleto; 29% fundamental completo; 21% ensino médio incompleto e apenas 36% concluiu o ensino médio. Em relação às condições sócias demográfica das famílias 100% moram em casas de alvenaria. Porém, no que se refere ao destino dos dejetos humanos, 29% da amostra lançam em fossas sépticas, 64% direto na rede coletora de esgoto e 7% utiliza a fossa negra. No tocante ao tratamento da água 36% filtram a água que bebem; 50% usam Hipoclorito e 14% utilizam-a da forma que chega pelo sistema de abastecimento de água do município. A respeito dos primeiros sintomas; Dor; Tipo das fezes e duração da diarreia, mais da metade responderam a mesma sintomatologia: dor abdominal ao palpar, fezes líquidas, febre e vômitos, com duração em média de 4 dias. Denota-se que além dos fatores estruturais, é necessário incluir questões culturais e educativas, onde os profissionais assistam essa população sob o foco educativo, preventivo, objetivando a promoção a saúde independente das condições socioeconômicas desfavoráveis.

UNITERMOS: Diarréia. Incidência. Poder Socioeconômico.

ABSTRACT: In this study we sought to investigate the main risk factors that influence the incidence of diarrhea in children 0-2 years old, coming from a neighborhood of low socioeconomic status of a city's backlands of Paraíba. The research was exploratory, descriptive and quantitative approach. The sample comprised 14 children under two years, presenting with diarrhea, they were interviewed individually, following the criteria of ethical positioning. Most participants were females, representing 71% (n = 14) of the sample. Regarding the educational level of mothers, 14% had incomplete primary education, 29% completed elementary, 21% secondary school, and only 36% completed high school. Regarding demographic conditions members 100% of households live in brick houses. However, with regard to the fate of human waste, 29% of the sample release in septic tanks, 64% in direct sewage disposal system and 7% utilizes the cesspits. Regarding the 36% water treatment filter the water they drink, 50% use hypochlorite and 14% use it the way that reaches the water supply system of the city. Regarding the first symptoms; Pain; stool type and duration of diarrhea, more than half responded the same symptoms: abdominal pain to palpation, liquid stool, fever and vomiting, lasting an average of 4 days. Denotes that besides structural factors, it is necessary to include educational and cultural issues, where professionals assist this population under the educational focus, preventive, aimed at promoting health independent of socioeconomic conditions unfavorable.

KEYWORDS: Diarrhoea. Incidence. Socioeconomic Status.

1. Artigo extraído de Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem das FIP para obtenção do título de Bacharel.

2. Pedagoga, Especialista em Psicopedagogia, Discente do 9º período do curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Endereço residencial: Rua: Parque Sabugi, nº 166, Bairro São José, Santa Luzia-PB. Email: caugonsalves@hotmail.com

3. Enfermeira Mestra em Saúde Pública pela UFPB, docente do curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

4. Enfermeira Mestra em Ciências da Educação, docente do curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

5. Enfermeiro, Especialista, docente do curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

Enfatiza-se que uma das doenças que mais atingi as crianças é a chamada diarreia. Apesar de corriqueira, a diarreia pode evoluir para desidratação grave e desnutrição. A doença é responsável pelos principais motivos de internação hospitalar e pelos elevados índices de mortalidade infantil no mundo, (PEREIRA, 2010).

Segundo Smeltzer e Bare (2005, p. 1.091) de acordo com a evolução e a gravidade, "a diarreia pode ser aguda ou crônica. A aguda está mais frequentemente associada à infecção é, em geral, autolimitada, não necessita tratamento medicamentoso. Já a diarreia crônica persiste por um período mais prolongado e pode retornar esporadicamente necessitando assim, de cuidados, tratamento médico".

Diante de tantos problemas instalados no âmbito da saúde um dos assuntos levado em consideração comum em discussões é a problemática: diarreia. Em vista a esse tema pode-se estudar a diarreia em suas dimensões como: seus tipos; agente biológico; período de incubação; patogenia; sinais e sintomas, complicações e tratamento.

Foi na tentativa de entender esse assunto e seus fatores desencadeadores, que surgiu a necessidade de saber: Quais os principais fatores de riscos que influenciam a incidência de diarreia em crianças de 0 a 2 anos, oriundas de um bairro de baixo poder socioeconômico de uma cidade do Sertão Paraibano?

Associa-se a esse tema, que condições socioeconômicas desfavoráveis retratadas por locais desprovidos de saneamento básicos, moradias precárias, água não tratada, baixo nível de escolaridade, bem como hábitos de higiene e limpeza inadequados são fatores de risco preponderantes ao desenvolvimento desta enfermidade em crianças.

De acordo com Collet, Oliveira e Vieira, (2002, p.66), "os fatores que predispõe uma criança a diarreia são: a idade - quanto mais nova a criança, maior a susceptibilidade a diarreia e maior a sua intensidade de desnutrição ou debilitação por doenças; deficiência imunológica; falta de água potável; falta de higiene e recursos inadequados no preparo dos alimentos".

A Diarreia pode ser provocada por um agente infeccioso, Bacteria (*Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli enteroxigênica*, *Salmonelas*, etc); Vírus (Rotavírus grupos A, B e C e outros); ou Parasitas (*Entamoebahistolytica*, *Giardialambliia*, etc). O período de incubação é específico para cada agente infeccioso (BRASIL, 2005, p. 107).

Diversos autores ainda descrevem as manifestações diarreicas quando há um aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Quando exibida frequentemente é acompanhada de vômitos, febre e dor abdominal. Vale observar que em alguns casos há presença de muco e sangue. Em geral, são decorrentes da desidratação e do desequilíbrio hidroeletrólítico. Quando não tratada adequadamente e precocemente, pode levar a óbito, devido a distúrbios que comprometem a digestão, a absorção de nutrientes necessários a manutenção do organismo.

É oportuno atentar para "A terapia com líquido intravenoso pode ser necessário para a reidratação rápida, principalmente para os idosos e aqueles com condições

gastrintestinais preexistentes" (SMELTZER; BARE, 2005).

Brasil (2005, p. 108), reforça a questão da Terapêutica por hidratação oral, através de líquidos e do sal de reidratação oral (SRO) de acordo com as perdas. Se o paciente vomitar, deve se reduzir o volume e aumentar a frequência da administração. A hidratação parenteral só é indicada quando houver alteração da consciência, e vômitos persistentes. Há então a recomendação de se administrara terapia medicamentosa, de acordo com o agravamento do quadro patológico. O SRO diminui a letalidade por essas doenças, mas a morbidade ainda é importante causa de desnutrição e do retardo de crescimento (SIGAUD; REZENDE, 2007).

Mediante esse aparato de informações, se faz oportuno compreender não só a mecânica fisiologia e terapêutica da diarreia, mais sim, atentar para os fatores de risco ambiental e nutricional que influenciam o desenvolvimento dessa doença, principalmente na faixa etária infantil.

Em face à temática, observou-se a relevância do estudo no sentido de estimular os profissionais a traçar, planejar, direcionar políticas públicas a saúde, desenvolver ações e intervenções, a qual resulte em sensibilizar o público acometido dessa afecção sobre os fatores de risco a eles inerentes. Visando assim, à melhoria na qualidade de vida do individuo e, conseqüentemente a redução do quadro de incidência de diarreia.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A presente pesquisa foi do tipo exploratória descritiva, seguindo de uma abordagem quantitativa, realizada no ESF no município de Santa Luzia-Paraíba. A população do estudo foi constituída de 14 crianças, das 40 crianças compreendidas entre 0 a 2 anos, cadastradas na ESF. A amostra foi configurada sob um percentual de 35% das crianças atendidas, cujas mães aceitaram participar do estudo, assinando assim o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE).

Foram incluídas no estudo as crianças de 0 a 2 anos, que apresentavam diagnóstico de diarreia inferior a 2 semanas. Foram excluídas as crianças com diarreia persistente, prolongada por mais de duas semanas; crianças com idade superior a 2 anos; bem como, crianças que não apresentavam diagnóstico clínico de diarreia inferior a duas semanas.

O instrumento para coleta de dados foi elaborado mediante um questionário com perguntas objetivas e subjetivas, dividido em duas partes: a primeira de identificação da criança e a segunda relacionada aos objetivos do estudo. Segundo Preste (2003, p.54) "[...] a pesquisa de campo é aquela em que os pesquisadores, através de questionários, entrevistas, protocolos verbais, observações, etc., coleta seus dados [...]", auxiliando dessa forma para a realização e veracidade de um trabalho".

Após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, os dados foram coletados no período do mês de setembro do corrente ano, na própria ESF, no momento do atendimento a criança em um ambiente calmo para que não houvesse interferência, sendo gasto em média de 15 minutos para a entrevista. Para a análise dos dados, utilizou-se o método quantitativo, através da estatística descritiva, por

entender que esse possibilitaria trabalhar com números, índices reais, mostrando-nos a real situação do loco da pesquisa com relação a essa doença. Os dados foram apresentados em gráficos e tabelas.

A pesquisa fundamentou-se a luz das normas vigentes expressa na Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, em que assegura pesquisas que envolvem seres humanos. Assim sendo, este trabalho obedeceu e assegurou os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa. (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela - Caracterizações do Perfil Sociodemográfico da amostra (n= 14).

ESPECIFICAÇÕES		VARIÁVEIS	Nº	%
Gênero do Paciente		Masculino	04	29
		Feminino	10	71
Faixa Etária do Paciente		02 meses	01	07
		05 meses	01	07
		06 meses	01	07
		11 meses	01	07
		1 ano e 2 meses	01	07
		1 ano e 3 meses	02	15
		1 ano e 4 meses	01	07
		1 ano e 10 meses	01	07
Grau de Escolaridade da Mãe		1 ano e 11 meses	02	15
		2 anos	03	21
		Analfabeto	00	00
		E. F. Incompleto	02	14
		E. F. Completo	04	29
		E. M. Incompleto	03	21
Quanto à estrutura da casa		E. M. Completo	05	36
		E. S. Completo	00	00
		E. S. Incompleto	00	00
Quanto o destino dos dejetos humanos		Alvenaria	14	100
		Madeira	00	00
		Parte madeira, parte alvenaria	00	00
Qual o tratamento feito com a água		Fossa séptica	04	29
		Fossa negra	01	07
		Rede de esgoto	09	64
TOTAL		Filtrada	05	36
		Uso de hipoclorito	07	50
		Fervida	00	00
	Nenhum	02	14	
			14	100

Fonte: Dados de pesquisa, set/2012

A tabela 1 - Caracterizações do Perfil Sociodemográfico, refere-se a uma amostra de 14 participantes. Sendo 71% do sexo feminino e 29% do sexo masculino, com faixa etária compreendida entre 02 meses a 2 anos. Distribuídos da seguinte forma: 2 meses, 5 meses, 6 meses, 11 meses, 1 ano e 2 meses, 1 ano e 4 meses e 1 ano e 10 meses, representam, respectivamente cada 7% da amostra, mais 2 participantes com idade de 1 ano e 11 meses

representando 15% e por fim, 3 crianças com 2 anos de idade retratando 21% da amostra.

Avaliando o grau de escolaridade das mães, observou-se que 14% pararam no ensino fundamental incompleto; 29% concluiu o fundamental completo; 21% iniciou o ensino médio e não concluiu e apenas 36% da amostra contem o ensino médio completo. Considerando este fator importante diante da falta de informação e compreensão do agravo desse tipo de patologia que acomete crianças nesta faixa etária.

Analisando o estado de moradia, verificou-se que todos os pacientes moram em casa de alvenaria, devido à cidade ter sido contemplada com o Programa de Erradicação de Casas de Taipas, objetivando o Combate ao mosquito Barbeiro, com isso extinguiu as casas de taipa desse setor e de forma direta promoveu a melhoria qualidade de vida, fomentando assim o desenvolvimento e crescimento de suas crianças de maneira mais salutar.

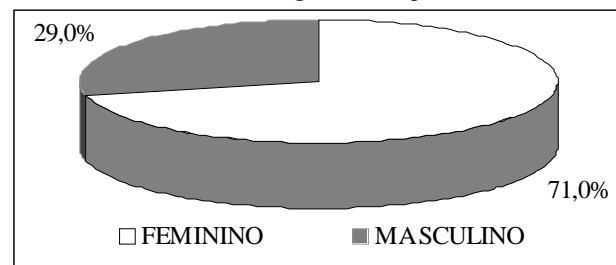
Diante desse quadro estrutural, também se buscou averiguar o destino dos dejetos humanos e o sistema de tratamento da água utilizada para beber e cozinhar. Evidenciou-se que 29% possuem em suas residências fossas sépticas, 7% fossa negra e 64% são lançados na rede coletora de esgoto para o tratamento e destino adequado.

É importante avaliarmos essa panorâmica, pois, do ponto de vista de Soares, Bernardes e Netto (2002), há uma manifestação desses organismos patogênicos quando lançados ao meio ambiente sem medidas preventivas cabíveis. Entre elas estruturas de saneamento básico adequado, onde esse impossibilitará que esses organismos desenvolvam ações prejudiciais a saúde do homem.

Das 14 pessoas entrevistadas, 36% respondeu que filtram a água que bebem; 50% usam Hipoclorito e 14% utilizam-a da forma que chega pelo sistema de abastecimento de água do município. Denota-se aqui a relevância do questionamento sobre a qualidade da água utilizada; as doenças relacionadas a ela; bem como, o seu armazenamento no meio doméstico.

Araújo *et al.*, (2011), diz que o estado de saúde do individuo estar intrinsecamente ligado aos hábitos de higiene relacionado à água que é consumida na ingestão direta, de higiene pessoal e alimentar. A água deve se apresentar [...] livres de ações patogênicas, objetivando dessa maneira prevenir danos à saúde do homem.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra dos dados relevantes à investigação, quanto ao Perfil sociodemográfico, relacionado ao gênero do paciente.

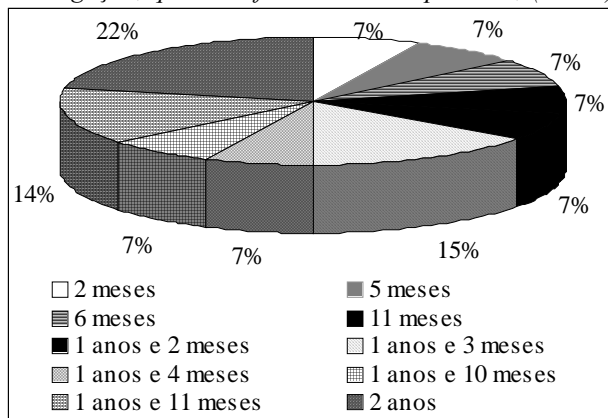


Fonte: Dados de pesquisa, set/2012

O gráfico 1 evidenciou um maior número de sujeitos do sexo feminino, representado por 71% dos entrevistados, contra 29% do sexo masculino. Embora essa pesquisa demonstre uma disparidade no percentual entre o sexo feminino e o masculino, e não ter uma estreita explicação para esse fenômeno, Vasconcelos (2012, p. 09), apud Cíntia Simões Agostinho, explica o inverso: "Em média, nascem cerca de 105 homens para cada 100 mulheres. A explicação para esse desequilíbrio está na maior mobilidade dos espermatozoides que carregam o cromossomo Y, que define o sexo masculino".

Não há um fator que explique nesta pesquisa a desigualdade percentual com relação ao sexo. Portanto, no que se refere à doença diarreica, o que se observou foi que ela atinge todos os grupos sem distinção de cor, idade ou sexo.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra dos dados relevantes à investigação, quanto à faixa etária do paciente, (n= 14).

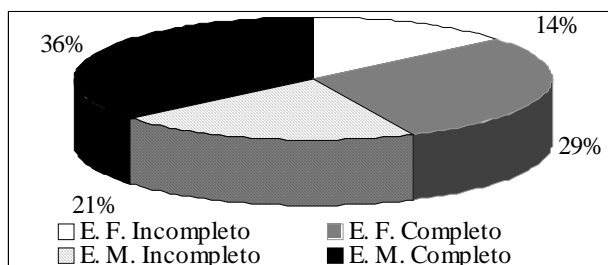


Fonte: Dados de pesquisa, Set. 2012

Baseado no gráfico 2 o maior percentual foi de criança na faixa etária de 2 anos com 22% em seguida a idade de 1 ano e 3 meses com 15%. Mas quando juntamos percentual de 1,7% evidencia-se nos dados da pesquisa, que corresponde a 50% das crianças que se encontram na faixa etária de 5 meses a 1 ano de vida.

De acordo com as autoras Oliveira e Latorre (2010), houve uma diminuição na morbimortalidade infantil por diarreia no Brasil nos últimos anos e essa redução se deve as medidas de prevenção adotadas pelo governo. Mas mesmo assim a faixa etária mais atingida continua sendo a de 5 meses a 1 ano de vida, o que vem confirmar os resultados do estudo.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra dos dados relevantes à investigação, quanto à escolaridade da mãe (n= 14).



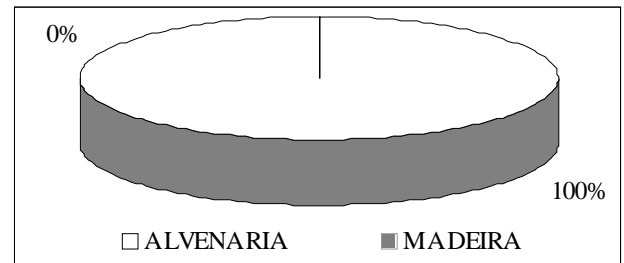
Fonte: Dados da pesquisa, Set.2012.

O gráfico acima demonstra que 36% tem ensino médio completo, mas juntando os outros percentuais temos 74% de mães com baixa escolaridade. Alguns autores correlacionam o risco de internamento por diarreia com a existente de baixa escolaridade materna.

Para Drachler e Leite (2004), as crianças cujas mães têm escolaridade até a 4ª série necessitam de maior atenção do profissional de saúde, porque suas mães têm baixa sensibilidade para identificar deficiências de desenvolvimento.

A educação da mãe é um elemento básico na disponibilização dos recursos e conhecimentos com relação à saúde" (REIS *et al.*, 2004, p. 19).

Gráfico 4 - Distribuição da amostra dos dados relevantes à investigação, quanto à estrutura da casa (n= 14).



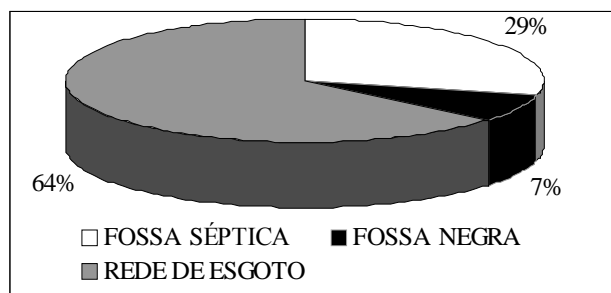
Fonte: Dados de pesquisa, Set. 2012.

Os dados do gráfico 4 mostra a proporção majoritária de casas de alvenaria, isso se deve ao município ter sido contemplada com o Programa Habitacional para a extinção de casas de taipas, as quais são tidas como locus da infestação do mosquito barbeiro agente causador da doença de Chagas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como "o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade".

Siqueira e Pessoa (2009), reforça essa idéia adicionando fatores preponderantes e influenciáveis à saúde. Entre eles estão associados condições a uma boa alimentação, direito a habitação, acessibilidade ao campo de trabalho, saneamento básico, direito ao mínimo de lazer, instituindo através desses fatores medidas necessárias para o estabelecimento de uma vida mais saudável.

Sabemos que a partir do momento que o indivíduo passa a ter acesso a uma melhor condição de moradia, sua situação biopsicossocial também se torna mais salutar. O agravante das enfermidades geradas por moradias precárias desencadeia inúmeros problemas patológicos, conseqüentemente a saúde psíquica é bombardeada pelas preocupações, desembocando assim, no fator sócio econômico da família, que terá de dispor de recursos financeiros para atender as necessidades do momento. Com isso gera-se um ciclo degradante na atmosfera biopsicossocial de toda a estrutura família.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra dos dados relevantes à investigação, quanto ao destino dos dejetos humanos (n= 14).

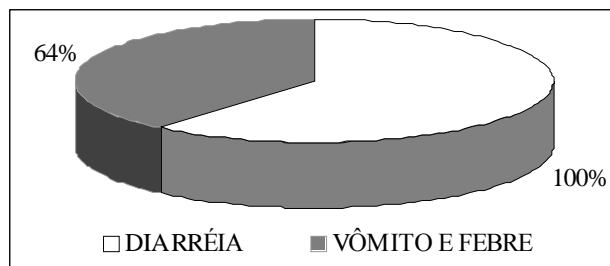


Fonte: Dados de pesquisa, Set. 2012.

O gráfico acima se refere ao destino dos dejetos humanos, onde 29% da amostra lançam em fossas sépticas, 64% direto na rede coletora de esgoto e 7% utiliza a fossa negra. As entrevistadas que utilizam fossas sépticas e a fossa negra demonstraram preocupadas com a questão da manutenção pela necessidade de fazer o esvaziamento periodicamente.

Diante desse cenário, desencadeia-se uma série de consequências para os proprietários e posteriormente para a comunidade circunvizinha. Pois, frequentemente, essas fossas transbordam, além da proliferação de vetores, como ratos, baratas e insetos transmissores de doenças. Evidencia-se diante dos estudos de Martins et al., (2002), que em períodos aos anos de 50, 60% dos óbitos no Brasil advinham de casos diarreicos, esse se desencadeava em virtude da falta de saneamento básico. Porém esse quadro teve uma queda significativa a partir de 1990, de 60% caiu para 6% dos óbitos. Esse queda brusca se atribuiu em maior proporção ao aumento da cobertura de saneamento como abastecimento de água e implantação de redes coletoras de esgotos.

Gráfico 6 - Distribuição da amostra dos dados relevantes à investigação, quanto ao tratamento feito com a água (n= 14).

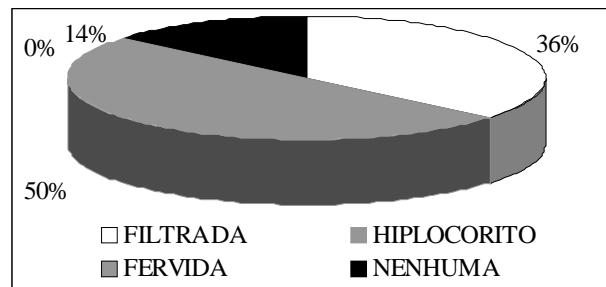


Fonte: Dados de pesquisa, Set. 2012.

O gráfico mostra que o tratamento da água utilizada nas residências, são 100% provenientes da Companhia de Água e Esgoto da Paraíba - CAGEPA. Em relação ao uso doméstico 36% filtram a água que bebem; 50% usam Hipoclorito e 14% utilizam a forma que chega pelo sistema de abastecimento de água. Estudos enfatizam que o surgimento de infecções parasitárias, entre elas a diarreia, deve-se ao motivo da má captação e armazenamento inadequados da água a ser consumida. Silva (2007), considera a água de consumo humano como um meio

diretamente promovedor das enfermidades diarreicas de natureza infecciosa, orientando assim a observação das características dessa substância, bem com a necessidade de se fazer uma avaliação criteriosa para mensurar a qualidade microbiológica.

Gráfico 7 - Distribuição da amostra dos dados relevantes à investigação, quanto aos primeiros sintomas (n= 14).

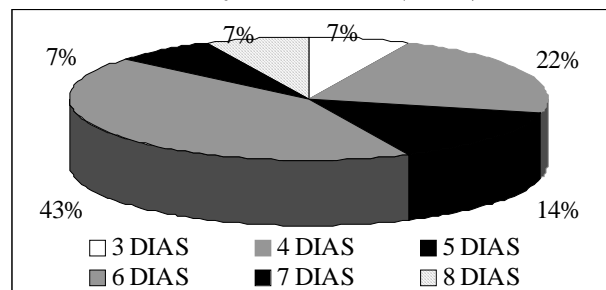


Fonte: Dados de pesquisa, Set. 2012.

Quanto aos primeiros sintomas 64% dos pacientes apresentam mais de um sintoma durante o quadro diarreico concomitante com febre e episódios de vômitos. A escassez de detalhes por parte das entrevistadas acarreta prejuízo de informação e isso se percebe mediante o baixo nível de escolaridade. [...] a escolaridade materna apresenta uma relação direta com a qualidade dos cuidados oferecidos aos filhos [...]. Há discursos que apontam que cada ano adicional de escolaridade materna é capaz de reduzir em 7% a incidência de enfermidades diarreicas em crianças” (MELO, 2012).

Segundo Nóbrega (2011, p. 282) “Observar os sinais de desidratação; Oferecer a terapia de reidratação oral; Monitorar as eliminações intestinais, quanto à frequência, à consistência, ao volume, à cor e ao odor [...]”. Compreende-se então que manter a criança, hidratado e bem nutrido torna-se um forte aliado à recuperação da criança, evitando assim a evolução para um quadro mais grave decorrente do estado diarreico.

Gráfico 8 - Distribuição da amostra dos dados relevantes à investigação, quanto ao tempo de duração da diarreia (n= 14).



Fonte: Dados de pesquisa, Set. 2012

Percebe-se aqui uma variável entre 3 a 8 dias, onde há maior duração dos episódios diarreicos em torno de 6 dias, atingindo um percentual de 43% do número de casos entre as crianças de 0 a 2 anos de idade. Porém, observou-se na amostra que essa enfermidade atingiu com maior frequência crianças de

maior idade entre a faixa etária de 1 ano e 11 meses a 2 anos em comparação com os bebês de meses.

A diarreia é explicada como uma patologia auto-limitada, onde a duração de seus episódios variam entre 2 a 14 dias (TAVARES; MARINHO, 2007). É inerente saber que a diarreia atinge pessoas de qualquer faixa etária, mas é na infância que esta doença causa um maior número de vítimas, levando-as a óbito. Essa afecção é responsável por cerca de um terço de todas as hospitalizações entre os menores de cinco anos (PEREIRA E CABRAL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como parâmetros enfatizar a relação entre saúde e os diversos fatores sócio-demográficos que influenciam no adoecimento de crianças entre 0 a 2 anos de idade, as quais são acometidas por diarreia. Essa patologia, diante de pesquisas é correlacionada diretamente há vários e combinados fatores, tais como: a falta de esgotamento sanitário, contaminação da água, condições de moradia precárias, higienização íntima e alimentar prejudicada.

A esses fatores acrescentam-se ainda a falta de informação das mães ou responsáveis em procurar em primeira instância os serviços médicos, deixando assim para buscarem esses serviços em última opção. Diante desse cenário as possibilidades de mortalidade e morbidade infantil atingem altos níveis, tornando-se uma problemática para o sistema de saúde pública.

Percebe-se ao longo do estudo que a faixa etária mais

atingida continua sendo a de 5 meses a 1 ano de vida, o que vem confirmar os resultados do presente estudo. Diante dos depoimentos constatou-se que, a maioria das mães ou responsáveis ao se depararem com a ocorrência de episódios diarreicos tenta-se inicialmente resolvê-la com formulas caseiras, sem a mínima preocupação de procurar um atendimento médico.

O perfil das condições de habitação também foi abordado nesse estudo. Houve predomínio de habitações do tipo casa de alvenaria, em face do município ter sido beneficiado com o PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DE CASAS DE TAIPA, concedido pelo governo Federal. Porém, nem todas essas casas possuem destino adequado para os dejetos humanos, viabilizando dessa forma uma estreita relação com as condições de saúde dos indivíduos dessas áreas, principalmente no que diz respeito ao tipo de esgotamento sanitário e sistema de abastecimento de água.

Conclui-se, que as crianças na faixa etária compreendida entre 0 e 5 anos de idade são ainda a que mais sofre com essa afecção. Isso se delega aos diversos fatores apresentados - precárias condições de moradia, abrangendo a falta de saneamento básico, o baixo nível educacional dos pais, atrelado aos maus hábitos de higiene; entre outros. Contudo, medidas eficazes e eficientes devem fazer parte não só do Poder Gestor quando implementa campanhas e metas, mas deve, fazer parte intermitentemente de uma política que promova ações de promoção contínua mediante uma educação sanitária, ambiental e em saúde para a população.

R E F E R Ê N C I A S

- ARAÚJO, G. F. R.; et al., Qualidade físico-química e microbiológica da água para o consumo humano e a relação com a saúde: estudo em uma comunidade rural no estado de São Paulo. *Rev. O mundo da Saúde*, São Paulo v.35, n.1, 2011, p.98-104.
- BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.º 196, 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
- _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em saúde. -6. Ed. Ver. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 320 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, G de J.; et al., Morbimortalidade infantil por diarreia aguda em área metropolitana da região Nordeste do Brasil, 1986-1989. *Rev Saúde Pública*. Barueri, v. 29, n. 2, p. 132-139, nov. 1995.
- COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R.G; VIEIRA, C. S. Manual e Enfermagem em Pediatria. Goiania: AB editora, 2002.p.66.
- DRACHLER M. L.; LEITE, J. C. C. Promoção e Proteção do Desenvolvimento da Criança. In: DUNCAM, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MARTINS, G.; et al. Impacto do saneamento básico na saúde da população de Itapetininga- SP de 1980 a 1997. *Rev. Engenharia Sanitária Ambiental*, Rio de Janeiro v.7, n.3, p.161-188, jul./set. 2002.
- MELO, D. da S., et al., Diarreia aguda em crianças menores de dois anos assistidas no Programa de Saúde da Família no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil. *Rev. Pediatria Moderna*, v. 48, n. 8, p. 302 à 308, Ago 2012.
- NÓBREGA, M. M. L. da. Diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem para clientes Hospitalizados nas Unidades Clínicas do HULW/UFPA utilizando a CIPE – João Pessoa: Ideia, 2011. p.282.
- OLIVEIRA, T. C. R de.; LATORRE, M. do R. D. de O. Tendência da internação e da mortalidade infantil por diarreia: Brasil, 1995 a 2005. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n.1, p. 102-11, out. 2010.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) 1946. Constituição. Disponível em <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>. Acesso em 11.10.2012.
- PEREIRA, A. E. Cuidados Nutricionais Durante Episódios de Diarreia Infantil. 2010. Disponível em www.minhavidacom.br/alimentação/materiais/11709. Acesso em 04.10.2012.

- PEREIRA, I. V.; CABRAL, I. E. Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. **Rev. de Enfermagem**, Escola Anna Nery, v.12, n. 2, p. 224 - 229, jun/2008.
- PRESTES, M. L. de M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 2 ed. Ver. Atual e ampliada São Paulo: Rêspel, 2003.
- REIS, A. M. C. dos *et al.* **Prevalência da desnutrição e do aleitamento materno exclusivo** - estudo de alguns fatores. In: *RevNursing*. Barueri, v. 69, n. 7, fev 2004, p. 17-19.
- SIGAUD, C. H. de S., REZENDE, Magda Andrade. Técnico em enfermagem SES/PB. - Brasília: OIKOS **Sistema de Ensino**. 2007.
- SILVA, A. P. da. **Avaliação das Condições Higiênicas** - Sanitárias da Água Consumida no Município de São Gonçalo. 2007. Disponível em: <http://qualittas.com.br/uploads/documentos/Avaliacao%20das%20Condicoes%20Higienico%20-%20Alana%20Pereira%20da%20Silva.PDF>. Acesso em: 05.10.2012.
- SIQUEIRA, I. C. G. de.; PESSOA, E. V. **Levantamento das principais doenças relacionadas à falta de saneamento no município de FORQUILHA/CE**. Disponível em <http://connepi2009.ifpa.edu.br/connepi-anais/artigos/37_2302_538.pdf. Acesso em 10.10.2012.
- SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; NETTO, O. de M. C. **Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente**: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.18 n.6, p. 1713-1724, Nov./Dec. 2002.
- SMELTZER, S.; BARE, B. G. BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª Ed. V.2, Cap. 38 p. 1095 - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotina de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 2ª ed. ampl. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 232-238. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1549. Acesso em: 24.10.2012
- VASCONCELOS, Y. **No mundo nascem mais mulheres ou homens?**. 2012. Disponível em: <http://mundoestranho.abril.com.br/materia/no-mundo-nascem-mais-mulheres-ou-homens-> Acesso em: 19.10.2012.

Data de recebimento para publicação: 21.12.2012. - Data de aprovação do trabalho: 25.01.2013.

temas em
saúde

Incidência de Abortamento em Uma Instituição Pública

Incidence of Abortion in a Public Institution

Hellen Renata Leopoldino Medeiros¹

Maria Mirtes da Nóbrega²

Mona Lisa Lopes dos Santos³

Raquel Campos de Medeiros⁴

RESUMO: Segundo a Organização Mundial de Saúde, o abortamento é definido como a interrupção da gestação com conceito pesando menos de 500 gramas ou com idade gestacional inferior a 22 semanas completas, deste modo, o estudo teve como objetivo verificar a incidência de abortos ocorridos em uma Instituição Pública no município de Patos-PB. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa. A população foi constituída por aproximadamente 1700 mulheres registradas e atendidas na maternidade de escolha e a amostra foi constituída por 26 mulheres cujo diagnóstico era de aborto no período analisado, com faixa etária entre 18 e 45 anos, por meio de uma entrevista e da coleta de dados contidos nos seus prontuários. Observou-se uma predominância de mulheres com idade entre 23 e 27 anos, do lar, e com baixa escolaridade; quanto ao histórico obstétrico, observou-se igual percentual de primíparas e nulíparas, uma maior incidência de abortamento entre a 6^a e 10^a semana gestacional, onde a maioria delas afirmou ter vivenciado a experiência do abortamento apenas uma vez. Portanto, podemos identificar que o presente estudo conseguiu atingir os objetivos propostos, percebendo que o aborto ainda está bastante presente na população estudada, configurando-se como um problema para a saúde pública, desta maneira, salienta-se que os profissionais de saúde realizem uma assistência mais detalhada e específica para este público alvo.

UNITERMOS: Aborto. Gravidez. Maternidade.

ABSTRACT: According to the World Health Organization, abortion is defined as an interruption of the pregnancy where the fetus weights less than 500 grams or less than 22 weeks of gestational age. Thus, this work aimed at verifying the incidence of abortions occurred in a public healthcare facility in the city of Patos. It presents an exploratory study with a quantitative approach. The population included approximately 1700 women registered and treated at the local maternity hospital and the samples comprised 26 women who had an abortion within the period of analysis with ages ranging from 18 to 45 years, by means of a survey and information collected from their medical records. It was observed a predominance of women between 23 to 27 years of age, housewives, with little education. Regarding their obstetric history, it was a similar percentage of women who had only one or no prior pregnancy; a higher incidence of abortions between the 6th and the 10th gestational week, where most of them affirmed having an abortion only the one time. Therefore, we may affirm that the current work managed to fulfill its objectives, as it attests that abortion is still quite frequent in the analyzed population, confirming it as a public health problem. Thus, we emphasize that the healthcare professionals should conduct a more detailed and specific assistance to that kind of patient.

KEYWORDS: Abortion. Pregnancy. Maternity Hospital.

1. Enfermeira e Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

2. Enfermeira e Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

3. Acadêmica de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

4. Enfermeira e Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP)

INTRODUÇÃO

Para uma compreensão mais completa do processo saúde-doença da mulher, faz-se necessário que a mesma veja o seu organismo como um sistema vivo, inserido em uma sociedade que defende a formulação gradual de conceitos e modelos interligados para o seu desenvolvimento, bem como abordagens pertinentes à saúde individual, social e suas relações com o meio ambiente (NOGUEZ, *et al.*, 2008).

Na procura de uma oferta eficaz de meios contraceptivos no país, o que podemos ver atualmente, em mulheres com vida sexual ativa e orientadas sobre o processo de planejamento familiar é que, as mesmas demonstram interesse em se protegerem de uma gravidez indesejada como também em diminuir os riscos de doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, cada vez mais cedo, jovens sem nenhuma instrução, iniciam sua vida sexual não se preocupando com as consequências que esse ato pode levar, obrigando muitas vezes, a tomada de atitudes indesejadas e que podem colocar em risco sua própria vida através do aborto.

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10% das gestações, envolvendo sentimentos de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo atenção, técnica adequada, segura e humanizada (BRASIL, 2005).

Segundo Silva (2005), independente do tipo de aborto os profissionais tem um papel importante na orientação, diálogo ou ainda no auxílio às mulheres diante de suas necessidades; o profissional de Enfermagem deve prestar sempre uma assistência humanizada independente de seus critérios pessoais, estando sempre atento para os cuidados mediatos, imediatos e ainda no pós-parto.

O aborto além de ser um problema de Saúde Pública é também um problema para a Saúde Pública, já que os custos financeiros, sociais, emocionais e físicos de 250 mil internações hospitalares anuais de mulheres, poderiam ser evitados ou ao menos minimizados se os programas de incentivo e educativo estivesse acessível a todos (VIEIRA, 2005).

Diante do contexto surge a seguinte problemática, qual a incidência de abortamentos em uma instituição pública no município de Patos-PB?

É nesse contexto que a temática escolhida tem como objetivos verificar a incidência de abortamento no município de escolha e observar a questão sócio-demográfica e seus achados obstétricos diante deste fato.

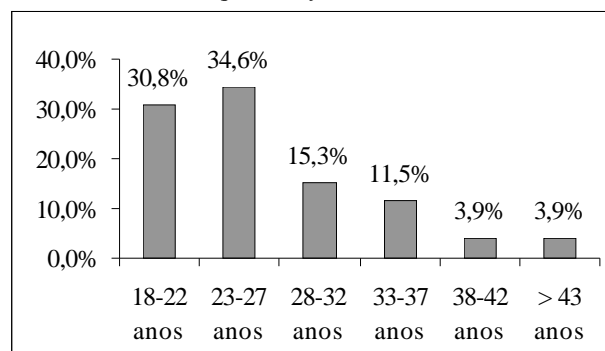
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa, realizada em uma Maternidade pública no município de Patos-PB. A população foi constituída por aproximadamente 1.700 mulheres registradas e atendidas na Maternidade de escolha, no período de 25 de Agosto a 25 de Setembro de 2012 e a amostra foi composta por 26 mulheres cujo o diagnóstico era de aborto. Constituíram a amostra apenas as usuárias que se dispuseram a participar da pesquisa, seguindo os seguintes critérios de inclusão: apresentar diagnóstico de aborto, possuir faixa etária entre 18 e 45 anos, estar internada no momento da

coleta de dados e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996). Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista não estruturado, contendo perguntas previamente elaboradas pelas pesquisadoras a ser preenchido com as informações cedidas pelas entrevistadas e pelos dados contidos em seus prontuários. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, onde obteve parecer favorável através do protocolo nº 258/2012. Os dados, após coletados, foram analisados através da estatística descritiva simples, onde os resultados foram apresentados na forma de gráficos através do Microsoft Office Excel 2008 e discutidos com base na literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra no que se refere a idade.

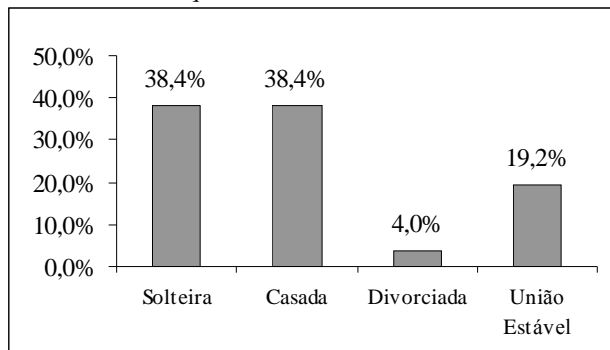


Fonte: Dados da pesquisadora

De acordo com o Gráfico observa-se que 8 mulheres (30,8%) apresentam faixa etária entre 18 e 22 anos, 9 (34,6%) entre 23 e 27 anos, 4 (15,3%) entre 28 e 32 anos, 3 (11,5%) entre 33 e 37 anos, 1 (3,9%) entre 38 e 42 anos e 1 (3,9%) possuíam idade superior aos 43 anos.

Podemos verificar que uma grande parcela da amostra é formada por adultas jovens, fato este, que pode ser relacionado a imaturidade, ao desconhecimento da importância de um pré-natal, uma vida agitada, instabilidade financeira e por vezes, ausência de um companheiro. De uma forma geral, verifica-se uma maior predominância de mulheres adultas jovens na maioria dos estudos sobre abortamento ou sobre problemas relacionados à gestação. De acordo com Menezes e Aquino (2009) considera que o fator de faixa etária é de grande importância uma vez que, o recurso do aborto é em sua grande maioria praticado pelas jovens, reforçam ainda que as gestações que o originaram são consideradas geralmente “não-desejadas”. Entretanto, com avanços sociais, atualmente o que se vê são jovens que procuram uma maior escolarização, qualificação e até estabilidade financeira, graças aos recursos contraceptivos para decidir o momento certo de engravidar, configurando-o como um obstáculo escolar e profissional.

Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra quanto ao estado civil.



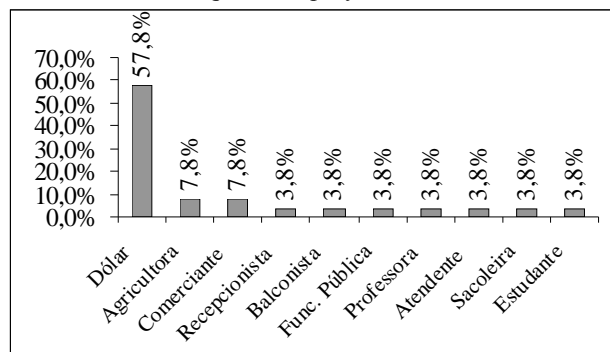
Fonte: Dados da pesquisadora

Quanto ao estado civil, verificamos no Gráfico 2 que 10 (38,4 %) são solteiras, 10 (38,4%) são casadas, 1(4%) são divorciadas e 5 (19,2%) vivem em união estável.

Evidenciou-se uma igualdade percentual entre as entrevistadas solteiras e as casadas, o que nos leva a pensar que por muitas vezes podem ocorrer abortos provocados devido a ausência do pai durante a gestação, nos casos das casadas pelo incentivo da prática de abortar por achar que não é o tempo certo ou pelo peso da responsabilidade de cuidar de uma criança. Por estes motivos o apoio do companheiro é um fator de extrema importância para que a gestante sinta-se verdadeiramente segura para vivenciar a gestação, principalmente quando ocorre em mulheres jovens e sem uma estabilidade financeira, como constata o estudo.

De acordo com Ramos, Ferreira e Souza (2010), 67,4% das mulheres que sofreram abortamento tinham companheiro, e destacam a influência dos parceiros na decisão de abortar. Por outro lado, certos estudos revelam o pouco envolvimento masculino na decisão de abortar, deixando para a mulher a responsabilidade de decisão sobre o futuro da gravidez.

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra quanto a profissão.



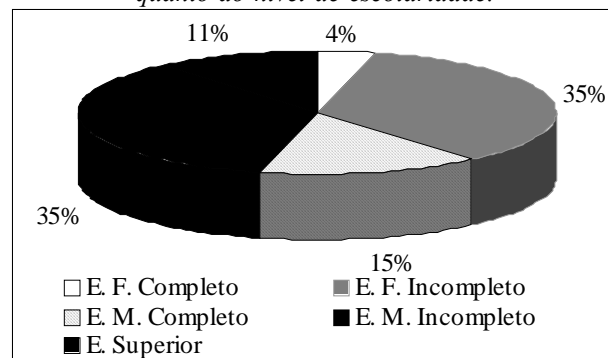
Fonte: Dados da Pesquisadora

De acordo com o Gráfico 3, podemos verificar que, 15 (57,8%) das mulheres afirmam que sua profissão é do lar, 2 (7,8%) são agricultoras, 2 (7,8%) são comerciantes, 1 (3,8%) recepcionista, 1 (3,8%) balconista, 1 (3,8%) funcionária pública, 1 (3,8%) professora, 1 (3,8%) atendente de loja, 1 (3,8%) sacoleira, 1 (3,8%) estudante.

A pesquisa nos mostra uma maior predominância de mulheres que trabalhavam no lar, ou seja, que não tem um emprego legalizado nem tão pouco autonomia nas finanças da casa. Esse dado nos leva a pensar também que isso se deve a um nível de escolaridade diminuído, dificultando para que essas mulheres consigam um emprego, o que poderia garantir uma estabilidade financeira própria.

Em constantes pesquisas realizadas em hospitais brasileiros, verifica-se que o perfil das mulheres que recorrem ao aborto são de jovens, não-unidas, com pouca escolaridade, estudantes e trabalhadoras domésticas. Apesar da regularidade destas pesquisas o aborto não ocorre de forma homogênea, quando o foco é este se encontra também a vulnerabilidade neste segmento populacional (MENESES, AQUINO; 2009).

Gráfico 4 - Distribuição percentual da amostra quanto ao nível de escolaridade.



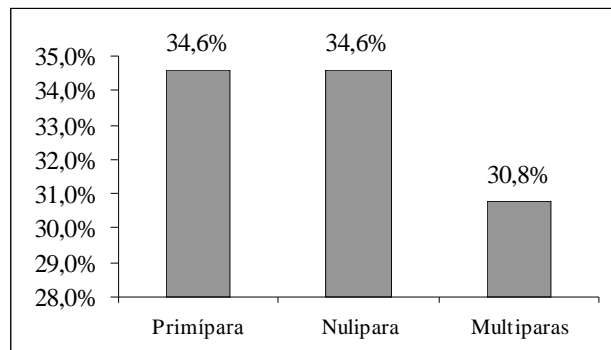
Fonte: Dados da Pesquisadora

De acordo com o Gráfico 4, podemos verificar que 9 (35%) das mulheres apresentaram ensino médio incompleto, 9 (35%) possuíam o ensino fundamental incompleto, 4 (15%) o ensino médio completo, 3 (11%) o ensino superior e 1 (4%) o ensino fundamental completo.

O fator de escolaridade é de suma importância para que se tenha uma melhor compreensão das orientações de enfermagem durante o pré-natal e sobre os cuidados que devem ser realizados pelas gestantes para evitar o aborto espontâneo. Além disso, uma boa escolaridade é importante para que se tenha conhecimento quanto aos riscos e malefícios gerados por um aborto induzido.

Segundo Diniz e Medeiros (2010), o aborto é mais frequente entre mulheres de escolaridade baixa. A proporção de mulheres com baixa escolaridade que fizeram aborto entre aquelas com até o quarto ano do ensino fundamental (ou nível equivalente), e mulheres com o ensino médio concluído é significativamente maior. Podemos crer ainda que os efeitos indiretos da educação sobre o aborto afeta a participação dessas mulheres no mercado de trabalho e conseqüentemente nos seus salários, sendo tão ou mais importantes que os efeitos diretos do nível de informação sobre reprodução e sexualidade que uma maior escolaridade seria capaz de acrescentar.

Gráfico 5 - Distribuição percentual da amostra quanto ao histórico obstétrico.



Fonte: Dados da Pesquisadora

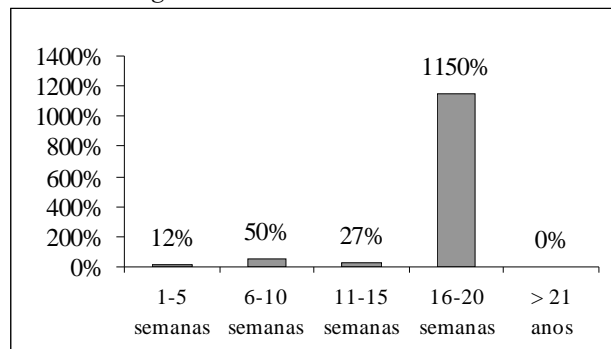
De acordo com o Gráfico 4, observa-se que 9 (34,6%) das mulheres afirmaram ser primíparas, 9 (34,6%) nulíparas e 8 (30,8%) relataram ser múltiparas.

A classificação das gestantes em primíparas e nulíparas é um dado importante a ser avaliado, pois significa que as mesmas podem ter muitas dúvidas e que a enfermagem deve ficar atenta com relação as orientações à paciente e quanto aos sinais de abortamento.

O período pré-natal consiste em uma excelente oportunidade para que as gestantes recebam informações sobre o momento do parto, durante esse acompanhamento elas devem ser informadas sobre os principais aspectos dos cuidados que se devem ter para não correr o risco de cometer um abortamento, como o tempo adequado da gestação, bem como as dificuldades que elas possam enfrentar durante o processo e mecanismo do parto (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Os estudos de Watanabe *et al.* (2000) afirmam que mulheres com histórico de abortamento possuem um maior risco para um futuro aborto indesejado, ou seja uma segunda perda fetal, muitas vezes tão esperada.

Gráfico 6 - Distribuição percentual da amostra quanto a idade gestacional no momento do aborto.



Fonte: Dados da Pesquisadora

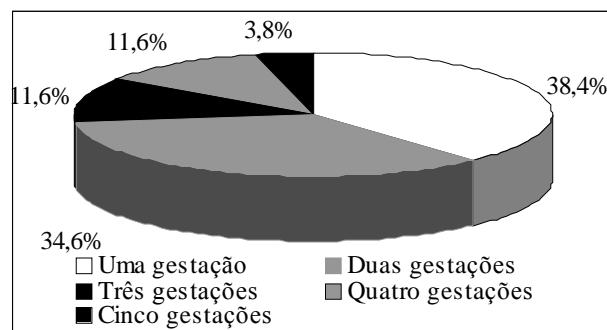
De acordo com o gráfico acima que mostra a idade gestacional no período do abortamento, observa-se que, 13 (50%) afirmaram estar entre 6 e 10 semanas de gestação, 7 (27%) entre 11 e 15 semanas, 3 (11,5%) 1 e 5 semanas, 3 (11,5%) entre 16 e 20 semanas.

A idade gestacional é o tempo transcorrido desde a

concepção até o momento do nascimento. Por métodos clínicos é impossível determinar o momento da concepção, podendo ser inferido de forma indireta a partir da data da última menstruação (DUM). Este método, de uso universal, é tanto mais confiável quando a mãe se recorda das datas das suas menstruações e quanto mais regulares sejam seus ciclos (GUEDES, 2011).

De acordo com a idade gestacional houve uma maior predominância de abortamento no primeiro trimestre gestacional, considerado por muitos autores como o período mais crítico da gestação. Há vários problemas que podem causar o abortamento, principalmente no primeiro trimestre da gravidez, como problemas estruturais, infecções, estilo de vida, tabagismo, alcoolismo ou drogas ilícitas, idade materna precoce ou tardia. Todos são fatores predisponentes que podem ser minimizados ou excluídos através de uma boa e completa assistência pré-natal.

Gráfico 7 - Distribuição percentual da amostra quanto a quantidade de gestações.



Fonte: Dados da Pesquisadora

De acordo com o Gráfico 6, verifica-se que 10 (38,4%) das mulheres relataram apenas uma gestação, 9 (34,6%) citaram duas gestações, 3 (11,6%) quatro gestações, 3 (11,6%) três gestações e apenas 1 (4%) citou cinco gestações.

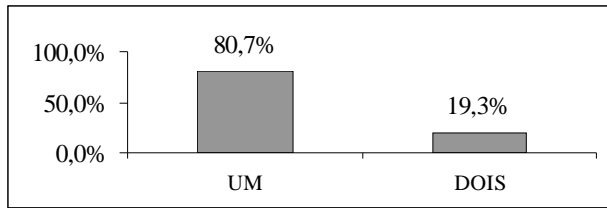
Toda gravidez tem uma dinâmica psíquica própria, traduzida pela ansiedade ou ambivalência de estar grávida pela primeira vez, pois conflitos acontecem em graus relevantes por ser um momento novo na vida da gestante. Vários autores compreendem a gestação como um momento de preparação psicológica para a maternidade (GUEDES, 2011).

A gravidez é um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que esta exerce. Durante esse período ela tem que passar da condição de apenas filha para a de também mãe e reviver experiências anteriores, além de ter de reajustar seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais. Todas estas mudanças são mais impactantes nas gestantes que estão grávidas pela primeira vez (PICCININI, *et al.*, 2008).

Estes dados nos levam a pensar que o aumento de abortos na primeira gestação pode-se dar pelo fato da mãe não estar preparada para uma gravidez, visto que, as responsabilidades são maiores e dependendo de sua classe social, onde se visa a escolaridade e almejo profissional, a gravidez torne-se um empecilho para a sua vida, então muitas delas podem tomar decisões precipitadas e provocar o aborto, ou sofrerem aborto espontâneo devido a falta de conhecimentos quanto aos

cuidados que devem ter.

Gráfico 8 - Distribuição percentual da amostra quanto a quantidade de abortos.



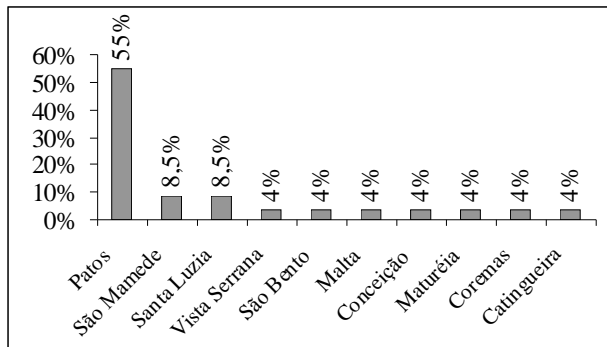
Fonte: Dados da Pesquisadora

De acordo o Gráfico 7, verifica-se que 21 (80,7%) afirmaram ter vivenciado a experiência do abortamento apenas uma vez, enquanto que 5 (19,3%) relataram ter abortado duas vezes.

A palavra aborto é a versão popular de abortamento e significa interrupção deliberada ou acidental de uma gravidez, o que já é por si só um ponto crítico, pois há muita discussão sobre quando começa a vida propriamente dita no ambiente intra uterino. Os dados nos mostram que existe uma alta incidência de mulheres que já sofreram pelo menos um aborto, e isto acontece bem mais do que se imagina, na maioria das vezes as mulheres nem percebem que o feto foi expulso do seu organismo, podendo existir um sangramento onde por vezes, podem-se confundir com a menstruação, alguns especialistas citam que, muitas vezes o aborto espontâneo se dá por uma imaturidade uterina, ou até mesmo má formação do ovo, porém tranquilizam as mães que já passaram por esta situação, onde as mesmas dificilmente irão ter outros abortos, a não ser que tenham algum problema já associado.

O aborto é a retirada ou expulsão do ovo embrionário antes da viabilidade de vida extra-uterina. Tal viabilidade verifica-se em torno de vinte e quatro semanas de gravidez ou quando o feto atinge mais de 450g de peso. Depois deste estágio, a expulsão natural ou espontânea, induzida ou provocada, chama-se *parto*, que pode ser: imaturo (ou prematuro), de vinte e quatro a trinta e sete semanas, e maturo(ou de termo), de vinte e oito a quarenta semanas (OLIVEIRA, 2012).

Gráfico 9 - Distribuição percentual da amostra quanto ao local (cidade) onde residem.



Fonte: Dados da Pesquisadora

De acordo com gráfico 8, verifica-se que, 14 (55%) afirmam

residir Patos, 2 (8,5%) residem em São Mamede, 2 (8,5%) em Santa Luzia, 1 (4%) em Vista Serrana, 1 (4%) em São Bento, 1 (4%) em Malta, 1 (4%) em Conceição, 1 (4%) em Maturéia, 1 (4%) em Coremas e 1 (4%) em Catingueira.

Então diante do exposto podemos verificar que a maioria das entrevistadas afirmam residir na Cidade de Patos, talvez por residirem no mesmo município podem possuir maior facilidade de acesso ao serviço de saúde na Maternidade local e portanto, a maior predominância.

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional é dever da equipe multidisciplinar no atendimento a usuária, favorecendo assim uma atenção humanizada por meio da interação da equipe com a mulher, não esquecendo que o acolhimento é uma prática educativa de um novo modelo de atendimento onde os profissionais devem estar sensibilizados e capacitados para promover uma boa assistência (BRASIL, 2005).

É nesse contexto que, diante dos dados podemos verificar a diversidade das mulheres de outros municípios que ficam internadas durante alguns dias no estabelecimento de estudo, que por vezes, ficam longe de suas famílias e do parceiro trazendo uma situação bastante crítica, ficando ainda mais fragilizadas e necessitando de um maior suporte emocional. É aí que está a importância de uma boa assistência onde o profissional de Enfermagem deve focar, facilitar e orientar para que a estadia daquela mulher durante o tempo de internação se torne pelo menos confortável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aborto é um sério problema de saúde pública, uma vez que, sua incidência cresce de forma acelerada, surgindo dessa forma, a necessidade de realizar este estudo. Os achados desse estudo revelaram que o abortamento acontece em diferentes grupos etários com maior predominância em mulheres adultas jovens. Isso se pode dar por vários fatores, pela imaturidade uterina da mulher onde se mostra que a maioria era de uma primeira gestação, outro fator a se destacar seria a ocorrência de abortos induzidos, onde as mesmas afirmaram sentir-se despreparadas para tal responsabilidade, sofrem pressões psicológicas de familiares e de seus parceiros, ou por medo da discriminação da sociedade, todos esses valores são levados em conta no que diz respeito ao aborto por parte das mulheres que se encontram no início dessa fase reprodutiva.

O que chamou atenção nesta pesquisa foi a questão do estado civil onde as mulheres casadas se iguaram as solteiras em relação ao aborto, visto que várias pesquisas demonstram a superioridade de abortamento em mulheres solteiras. A maioria das pessoas hoje em dia, veem a gravidez de uma forma onde a mulher deve-se estar bem preparada e decidir junto com o parceiro o momento certo de engravidar para que a criança venha sob certas condições, então acredito que por este motivo muitas mulheres influenciadas pelos seus parceiros chegam a decidir que aquele momento não é o ideal para se ter um filho tomando a decisão errônea de abortar.

Tais fatos demonstram que a equipe de Enfermagem necessita de um maior envolvimento para oferecer uma

assistência humanizada as mulheres acometidas pelo abortamento sendo ele induzido ou espontâneo, principalmente para aquelas procedentes de baixa escolaridade, humildes e que residem em outras cidades e que necessitam de um suporte maior, para que futuramente seguindo as orientações dadas essas mulheres possam ter uma melhor qualidade de vida e

consequentemente a valorização de uma nova vida.

Portanto, podemos identificar que o presente estudo conseguiu atingir os objetivos propostos, bem como foi possível perceber que o aborto ainda esta bastante presente na população estudada, salientando que os profissionais de saúde realizem uma assistência mais detalhada com relação a este publico alvo.

R E F E R Ê N C I A S

- AZEVEDO, D. S. *et al.*, Conhecimento de primípara sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista Rene**. v. 11, n. 2, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Ética em Pesquisa**. CONEP. Resolução 196/96 pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, MS 1996.
- _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. área técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica / Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, 2010.
- MENEZES, G. AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**. v.25, n. 2, 2009.
- NOGUEZ, P. T. *et al.*, Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande –RS. **Revista Texto contexto – Enfermagem**. v.17, n. 3, 2008.
- OLIVEIRA, O. D. O aborto: análise de literatura. **Revista Brasileira de enfermagem**. v.15, n.4, 2012.
- PICCININI, C. A. *et al.*, Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, v.13, n.1, 2008.
- RAMOS, K. da S.; FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. de; Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. **Revista da Escola de enfermagem da USP**. v.44, n.3, 2010.
- SILVA, M. C. da. Aspectos psicológicos do aborto em adolescentes. **Revista Pediatra Moderna**. v.33, n.6, 2005.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. A questão do aborto no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V.23, n.5, 2005.
- WATANABE, L. C. *et al.*, Achados Ultra-sonográficos em pacientes com ameaça de abortamento no primeiro trimestre da gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 22, n. 5, 2000.

Data de recebimento para publicação: 14.01.2013. - Data de aprovação do trabalho: 15.02.2013.

temas em
saúde

Qualidade de Vida de Um Grupo de Idosos que Praticam Atividades Físicas

Quality of Life A Group of Elderly Who Have Physical Activities

Magna Pereira de Araújo¹
Tarciana Sampaio Costa²
Rosa Martha Ventura Nunes³
Raquel Campos de Medeiros⁴

RESUMO: No Brasil, os idosos representavam no censo há dez anos, cerca de 8% da população geral, totalizando 14,5 milhões. O censo demográfico brasileiro de 2010 evidenciou 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa 12% da população brasileira. A pesquisa objetivou identificar a qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física. Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, onde o mesmo foi realizado no município de São Bento-PB. A população é de 120 idosos, enquanto que a amostra foi composta por 61 idosos. O instrumento foi por meio de um roteiro de entrevista, a análise dos dados foi por meio da estatística descritiva, onde os mesmos foi exposto através de gráficos e tabelas. Os dados analisados demonstram que a maioria são mulheres com idade entre 65 a 69 anos com a situação conjugal sendo casadas e com nível de escolaridade sendo ensino fundamental incompleto. A amostra relatou que recebe apoio da família, sobre a qualidade vida da maioria é boa, e a maioria relata precisar de tratamento médico, sendo que a maioria aproveita a vida. Então podemos concluir que assistência de enfermagem frente a população idoso oferece orientações sobre a importância de se praticar algum tipo de atividade física para evitar o aparecimento de doenças prevalentes nesta faixa etária, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes.

UNITERMOS: Atividade Física. Idoso. Qualidade de Vida.

ABSTRACT: In Brazil, the senior represented in the census 10 years ago, about 8% of the general population, totalizing 14,5 million. The census demographic Brazilian of 2010 evidenced 18 million people above of the 60 years old, what already it represents 12% of the Brazilian population. The research objectified identify life quality of senior practitioners of physical activity. Is a field study of the descriptive kind, with quantitative approach, where the same was accomplished in the municipal district of Are Blessed - PB. The population belongs to 120 senior, while the sample was composed by 61 senior. The instrument was by means of an interview script, the data analysis was by means of the descriptive statistics, where the same were exposed through graphs and tables. The analyzed data demonstrate that majority are women with ages between 65 to 69 years with the conjugal situation being married and with education level, being incomplete fundamental teaching. The sample related that these people receives support from the family, about the majority life quality is good, and most report need medical a treatment, and most seizes life. Then can conclude that the nursing front assistance the senior population offers orientations on the importance of if practice some kind of physical activity to avoid the appearance of prevalent diseases in this of age band, such as arterial, systematic hypertension, diabetes.

KEYWORDS: Physical Activity. Senior. Life Quality.

1. Discente do Curso de Enfermagem das FIP.

2. Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Faculdade Integrada de Medica ABC Paulista.

3. Enfermeira. Mestre das FIP.

4. Enfermeira. Mestre das FIP.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os idosos representavam no censo há dez anos, cerca de 8% da população geral, totalizando 14,5 milhões. O censo demográfico brasileiro de 2010 evidenciou 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa 12% da população brasileira (IBGE, 2012).

De acordo com Oliveira e Tavares (2010); Pendrinelli; Garcez-Leme; Nobre (2009) considera-se que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que há modificações morfológicas, funcionais, psicológicas, sociais e bioquímicas. Tais modificações determinam tanto a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, quanto às alterações no aparelho locomotor, causando limitações às atividades da vida diária e, assim, comprometem a qualidade de vida da pessoa que envelhece. A diminuição do nível de atividade pode levar o idoso a um estado de limitação de dependência, tornando-o frágil.

O interesse pelo estudo surgiu, primeiramente devido à afinidade com a temática, como também pelo interesse de identificar a qualidade de vida entre idosos praticantes de atividade física. Assim, a problemática encontra-se permeada pela seguinte indagação: O idoso que pratica atividade física tem qualidade de vida? Assim, objetivou-se identificar a qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física.

Esse estudo poderá contribuir com as políticas públicas de saúde direcionadas ao idoso, uma vez que através destas, os profissionais atuantes na atenção primária a saúde, direcionem as ações no sentido da promoção e prevenção em saúde, especificamente à pessoa idosa, através da prática da atividade física, contribuindo, dessa forma com melhores condições de vida e conseqüentemente, favorecendo à qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, sendo que o mesmo foi realizado no Município de São Bento-PB. A população do estudo foi de 120 idosos, já amostra foi constituída de 61 idosos. O instrumento foi estruturado, onde o mesmo foi composto por duas etapas: a primeira buscou captar informação sobre os sócio demográficos, tais como sexo, faixa etária, situação conjugal e escolaridade, a segunda etapa, buscou coletar dados referentes aos aspectos que permeiam a qualidade de vida de idosos que praticam atividade físicas. Análise dos dados foi estatística descritiva. Para o processo de coleta de dados foram levadas em considerações as exigências contidas na resolução na 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, sendo o estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética das FIP, tendo como protocolo 170. Assim, os participantes serão assegurados quanto ao anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa da pesquisa (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCURSÕES

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA AMOSTRA

Conforme a Tabela 1, no que se refere, 75,4% (46) dos

entrevistados relata do sexo feminino, tendo em vista que elas costumam se cuidar melhor, enquanto que 24,6% (15), era do sexo masculino.

De acordo com a Tabela 1, no que se refere à idade, 14,7% (09) afirmaram ter entre 60 a 64 anos, 39,3% (24) 65 a 69 anos, 19,7% (12) 70 a 74 anos, 19,7% (12) relatam entre 75 a 79 anos e apenas 6,6% (04) afirma ter entre 80 a 84 anos.

O envelhecimento no Brasil vem aumentando rapidamente. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) BRASIL(2010). Entre 1950 a 2025, a população de idosos no país crescerá dezesseis vezes contra cinco vezes o crescimento populacional total, colocando o nosso país como a sexta maior população idosa do mundo. De 1960 a 1980, observou-se no Brasil uma diminuição de 33% na fecundidade; nesse período a expectativa de vida aumentou em oito anos. Essa realidade é considerada como uma resposta às mudanças dos indicadores de saúde, como acesso aos serviços de saúde e avanços tecnológicos.

De acordo com a Tabela 1, no que refere-se ao estado civil das entrevistadas 4,9% (03) são solteiras, 70,5% (43) casadas, 13,1% (08) divorciado, 11,5% (07) afirma que ser viúvo.

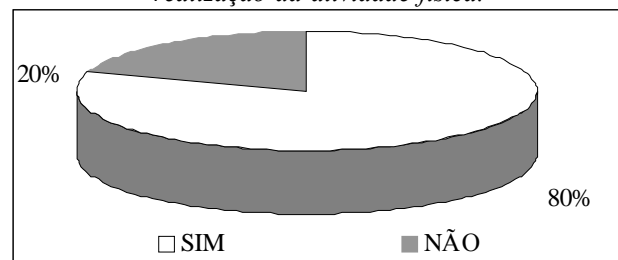
O fato da maioria ser casada significa que as idosas possuem um ponto de apoio, onde o companheiro representa uma segurança para as mesmas. Então o incentivo do companheiro é de suma importância para o bem-estar da população idosa.

De acordo com Ramos (2009), esclarece no que se refere em termos de estado civil, pesquisas têm demonstrado que as pessoas que tem seu relacionamento casadas têm melhor saúde que outras com outros estados civis.

Ainda conforme a Tabela 1, a variável escolaridade demonstra que 6,6% (6) era analfabeto, 14,7% (09) possui ensino fundamental completo, 78,7% (48) ensino médio incompleto. Nota-se que a amostra possui um grau de escolaridade baixa, tal fato nos revela que quanto mais estudos melhorar a compreensão a apreensão sobre as orientações fornecidas durante a assistência à saúde do idoso.

O bom nível de escolaridade é um fator que pode influenciar positivamente sobre a continuidade da realização da assistência de enfermagem a população idosa, pois eles tendo conhecimentos facilita para a compreensão das orientações que devem ser seguidas nesta nova etapa de sua vida.

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra sobre o apoio de familiares e amigos para a realização da atividade física.



Fontes da própria pesquisa

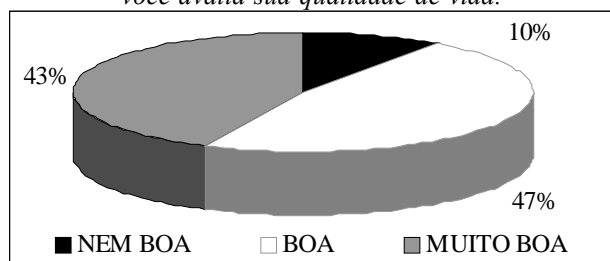
De acordo com Gráfico 1, nota-se que 80% (49) relata que

sim enquanto que 20% (12) afirmam que não.

É muito importante que os idosos recebam apoio familiar uma vez que faz toda a diferença em ser tratado com respeito e com o apoio dos parentes influenciando de forma, positiva no cotidianando deste grupo estudado.

O argumento em favor da idéia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde tem sido predominante. A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para um senso de controle pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico da população idosa (BRASIL, 2010).

Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra sobre como você avalia sua qualidade de vida.



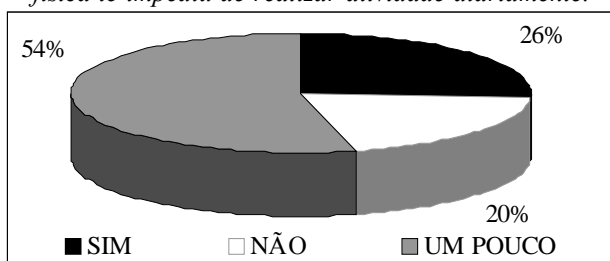
Fontes da própria pesquisa

Conforme o Gráfico 2, 47% (29) dos entrevistados afirmaram que possuem boa qualidade de vida, 43% (26) relata ser muito boa, enquanto que 10% (06) afirma nem ser boa nem ruim.

Então pode-se considerar que a qualidade de vida da população é um fator de grande importância, uma vez que a melhoria na qualidade de vida contribui positivamente para que eles possam influenciar no bem-estar dos idosos.

A partir do início da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida dos idosos (SLIDEL; ZANNON, 2008).

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra se a dor física te impediu de realizar atividade diariamente.



Fontes da própria pesquisa

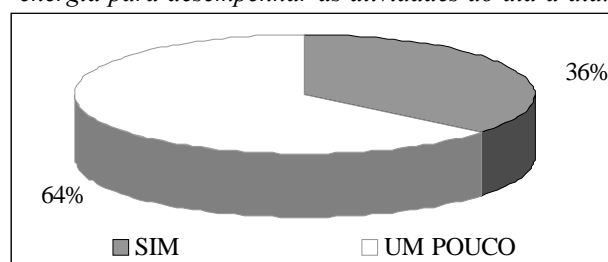
De acordo com o Gráfico 3, 54% (33) dos entrevistados afirmaram que um pouco, 26% (16) afirma que sim, 20% (12) afirma que não.

Destaca-se que a dor física quando causa alguma dificuldade na realização das atividades diárias, quando é importante que os profissionais de saúde, atentem a identificar a limitação da população idosa e desta forma intervir de forma a melhorar a qualidade de vida desses idosos.

As atividades físicas (exercícios) são usadas frequentemente na reabilitação como um componente integral no controle da dor física. O tipo e o tempo de exercícios, para o melhor controle da dor, ainda não estão bem definidos e podem variar de acordo com a condição algica ou com a tolerância do cliente, para promover um alongamento do mesmo e uma melhoria na condição física (BRASIL, 2010).

Dificuldades acarretam o desgaste físico evidenciado por dores no corpo, advindas do esforço para realização de ações que variam de acordo com o peso e dependência da pessoa cuidada (MENDES; MIRANDA; BORGES, 2010).

Gráfico 4 - Distribuição percentual da amostra em relação à energia para desempenhar as atividades do dia-a-dia.



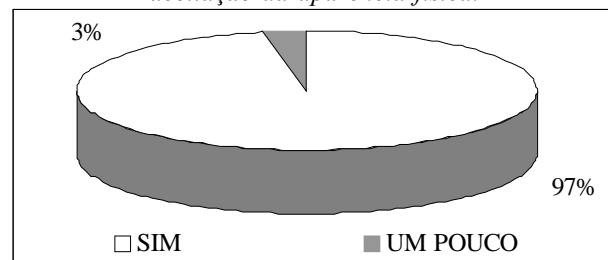
Fontes da própria pesquisa

Segundo o Gráfico 4, 64% (41) afirma ter um pouco de energia para realizar suas atividades do dia-a-dia, 36% (22) dos entrevistados afirma ter energia completamente.

É importante que amostragem tem energia razoável suficiente para a realização das atividades diárias dos mesmos, uma vez que eles precisam dessa disposição para conseguirem ser autônomos.

A qualidade de vida do ser humano expressa a qualidade de sua saúde, suas possibilidades e imitações individuais e coletiva, onde a capacidade de possuir energia para as atividade do dia-a-dia demonstram que a população idosa esta tendo qualidade de vida é tida como uma conquista, mas na verdade deve ser vista como um direito de todos (LIMA; LIMA; RIBEIRO, 2010).

Gráfico 5 - Distribuição percentual da amostra sobre a aceitação da aparência física.



Fontes da própria pesquisa

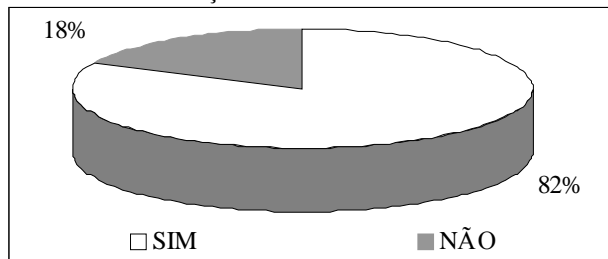
De acordo com o Gráfico 5, 97% (59) da amostragem relata aceitar sua aparência física completamente, 3% (2) não aceita a

aparência física.

A aparência física nas pessoas vão mudando com o passar do tempo, uma vez que temos que envelhecer, então consideramos que os entrevistados afirmam que aceitam sua aparência física fato este muito importante, melhorando assim autoestima.

As alterações físicas próprias do envelhecimento defrontam-se com uma sociedade que claramente discrimina indivíduos tidos como não-atraentes, em uma série de situações cotidianas. Tais indivíduos estão mais sujeitos a encontrar ambientes sociais que variam do não-responsivo ao rejeitador, desencorajando o desenvolvimento de habilidades sociais e de um autoconceito favorável (CHAIN; IZZO; SERA, 2009).

Gráfico 6 - Distribuição percentual da amostra em relação a realização da atividade de lazer.



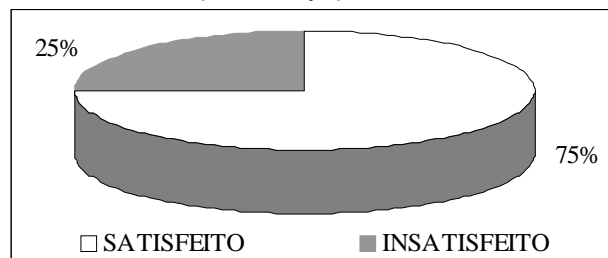
Fontes da própria pesquisa

Conforme o Gráfico 6, 82% (50) relata que sim enquanto que 18% (11) afirma que não realiza atividades de lazer.

O lazer é uma situação necessária e de grande importância que devemos realizar sempre, pois com o trabalho, as responsabilidades do dia-a-dia, deve-se atentar a distração, uma vez que promove uma sensação de alegria, alívio do stress e desta forma melhora a qualidade de vida da população idosa.

As atividades de lazer têm sido consideradas nos últimos anos como formas de ocupação dos tempos livres do homem. São espaços na vida onde as pessoas podem desfrutar prazeres, tranquilidade e até descanso (LIMA; LIMA; RIBEIRO, 2010).

Gráfico 7 - Distribuição percentual da amostra em relação a satisfação com o sono.



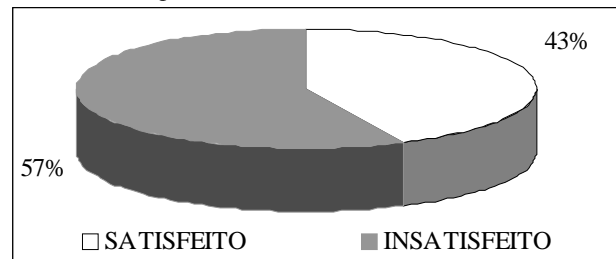
Fonte da própria pesquisa

Conforme o Gráfico 7, 75% (45) afirma que esta muito satisfeito, enquanto que 25% (16) relata esta insatisfeito com o sono.

O sono é um aspecto muito importante uma vez que representa o descanso do dia de trabalho das pessoas, pode-se considerar satisfatório os dados encontrados, pois a maioria dos entrevistados afirmam esta muito satisfeito com o sono.

Os distúrbios do sono afetam acima de 50% dos adultos com mais de 65 anos de idade, os idosos tendem a demorar mais tempo para adormecer, acordar com mais facilidade e frequência e passam menos tempo sem sono profundo. Os adultos idosos precisam de tanto sono quanto as pessoas mais jovens eles podem experimentar variações em seus ciclos normais de sono e vigília (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Gráfico 8 - Distribuição percentual da amostra quanto a satisfação da capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia.

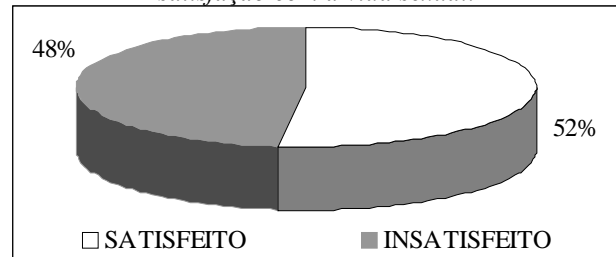


Fontes da própria pesquisa

Segundo o Gráfico 8, 57% (45) afirma esta insatisfeito, 43% (26) relata esta satisfeito de desempenhar as atividades do dia-a-dia.

A capacidade dos idosos em fazer as atividades do cotidiano é um fator importante, para que os mesmos adquiram a autonomia mesmo já fazendo parte da terceira idade. As causas mais comuns da mobilidade diminuída são as muitas e variadas, onde se destaca as doenças crônicas, então o declínio da função física leva uma perda da funcionalidade do idoso em fazer as atividades físicas (PASCOAL, 2007).

Gráfico 9 - Distribuição percentual da amostra sobre a satisfação com a vida sexual.



Fontes da própria pesquisa

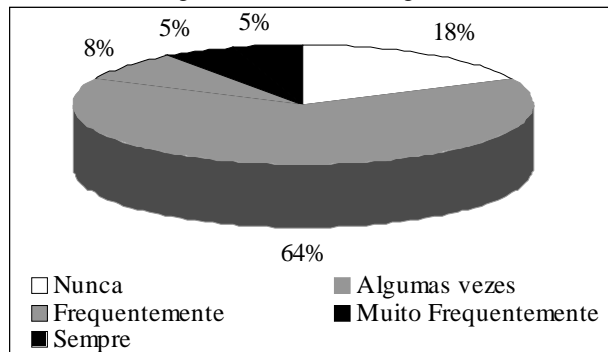
De acordo com o Gráfico 9, demonstra que 52% (32) estão satisfeitos, enquanto que 48% (29) estão insatisfeitos com a sexualidade.

A sexualidade não é mais considerada pertinente para apenas para a população jovem, contudo a sexualidade entre idosos, principalmente junto as mulheres, não foi extensa. Embora exista uma resposta menos intensa a estimulação sexual e declínio na atividade sexual com a idade crescente, o desejo sexual não desaparece (MENDES; MIRANDA; BORGES, 2010).

Os homens podem experimentar um declínio na relação sexual relacionada com as condições de saúde ou interferência dos medicamentos. As mulheres podem perder seus parceiros, ausência de parceiros é com frequência um fator primário que

causa a falta de atividade sexual (PASCOAL 2007).

Gráfico 10 - Distribuição percentual da amostra sobre a frequência dos sentimentos negativos tais como mal-humor, desespero, ansiedade e depressão.



Fontes da própria pesquisa

Conforme o Gráfico 10, expressa que 64% (39) dos entrevistados relataram que algumas vezes teve sentimento negativo, 18% (11) nunca, 8% (05) frequentemente, 5% (03) sempre, e 5% (03) muito frequentemente.

O suporte familiar se mostra um construto de difícil operacionalização, sendo uma de suas definições como parte da rede informal e mais próxima de relacionamentos, na qual o indivíduo é beneficiado por meio do contato e das trocas mantidas com seus familiares, podendo desenvolver maior resiliência e bem-estar psicológico e sendo auxiliado na manutenção de respostas mais adequadas diante de eventos que tendem a comprometer a saúde (REIS, *et al.*, 2011).

Algumas das funções do suporte familiar são: dar e receber informações, proporcionar auxílio material e emocional, dar às

peçoas o senso de amor e valorização, possibilitar a construção e manutenção de uma identidade social, além do auxílio na atribuição de sentido às experiências de vida (VERAS 2009).

CONCLUSÃO

Considera-se assim que o estudo foi de grande magnitude na perspectiva de ver a qualidade de vida dos idosos de forma diferente, e relacionar a prática da atividade física com a melhoria da qualidade de vida bem como a aceitação de ser considerado na terceira idade é muito significativa.

Portanto pode-se afirmar que assistência de enfermagem frente a população idosa oferecer orientações sobre a importância de se praticar algum tipo de atividade física para evitar o aparecimento de doenças prevalentes nesta faixa etária.

A Prática do exercício físico na terceira idade não só é importante para melhorar a força do idoso, como também é necessário para a prevenção de doenças e promoção das relações sociais ao participar da vida em comunidade, como também na participação de projetos que são fatores essenciais para se viver com qualidade.

Com o desenvolvimento deste trabalho podemos verificar que muitos são os benefícios da atividade física para a população idosa dentre ela, contribui para uma melhor aptidão física, bem como a funcionalidade do organismo, evitando assim, o sedentarismo, ajudar a envelhecer com saúde.

Então, verifica-se que os objetivos do estudo foram alcançados, pois identificamos que a maioria dos idosos afirma ter uma boa qualidade de vida, recebi apoio da família e dos amigos para a realização da atividade física, tem um pouco de energia para realizar suas atividades cotidianas, estão satisfeito com o sono e realizam atividade de lazer.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atividade física no controle da dor musculoesquelética**. Brasília-DF, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**. Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24 p;
- CHAIM, J. IZZO, H. SENA, C. T. N. Cuidar em saúde satisfação com a imagem corporal e auto-estima de idosos. **O mundo da saúde**. São Paulo-SP. V. 33, n. 3, 2009.
- FERRETTI, F. NEIROTKA, R. P. SILVA, M. R. Concepção de saúde segundo relato de idosos resistentes em ambiente urbano. **Comunicação saúde educação**. V. 15, n. 37, 2011.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Censo Demográfico 2010. disponível em : <http://www.ibge.gov.br> acessado dia 28/03/2012 às 9:00;
- LIMA, D. L. LIMA, M. A. RIBEIRO, C. G. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionais. **R B C E M**. v. 7, n. 3, 2010.
- MENDES, G. D. MIRANDA, M. S. BORGES, M. M. M. C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Revista enfermagem integrada**. v.3, n. 1, 2010.
- MORAES, E. N. MORAES, F. L. LIMA, S. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Med. Minas Gerais - MG**. v. 20, n. 1, 2010
- OLIVEIRA, J. C. A. de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3.
- PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida do idoso elaboração de instrumento que privilegie sua opinião. **Dissertação da Monografia de medicina**. São Paulo-SP. 2007.
- PEDRINELLI, André; GARCEZ-LEME, Luiz Eugênio; NOBRE, Ricardo do Serro Azul. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. **Rev. Bras. Ortop**. São Paulo, v. 44, n. 2, Apr. 2009.
- RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos sociológicas. **Revista Brasileira Pública**. Porto Alegre. v. 7, n. 4, 2009.
- REIS, L. A. et al., Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 20, n. 1, 2011.

SLIDL, E. M. F. ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde aspectos conceituais e metodologia. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro-RJ. V. 20, n. 2, 2008.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada a saúde do idoso, revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de gravos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro- RJ. V. 19, n. 3, 2009.

Data de recebimento para publicação: 15.01.2013. - Data de aprovação do trabalho: 15.02.2013.

Revista:

temas em
saúde

Câncer de Próstata: Implicações da Sexualidade Masculina para sua Prevenção¹

Prostate Cancer Implications of Male Sexuality for Their Prevention

Fabiano Charles de Medeiros Nascimento²

Carlos Bezerra de Lima³

Theonys Diógenes de Freitas⁴

Fabiola Franklin de Medeiros⁵

RESUMO: O presente estudo tem por objetivo analisar a influência de significados culturais inerentes à sexualidade masculina na prevenção do câncer de próstata, o método do estudo baseia-se numa abordagem de pesquisa quantitativa e qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas, com 45 homens, realizadas na cidade de Santa Luzia-PB, em 2012. Dentre os principais resultados destaca-se que o exame do toque retal foi o menos procurado como preventivo, compreendendo-se como algo que compromete o que se entende comumente por ser homem. Concluiu-se que, para a compreensão e problematização de questões a respeito da prevenção do câncer prostático, se faz necessário levar em consideração os aspectos simbólicos e culturais, podendo por meio da educação ser transformados.

UNITERMOS: Câncer de Próstata. Masculinidade. Prevenção.

ABSTRACT: *The present study aims to examine the influence of cultural meanings attached to male sexuality in the prevention of prostate cancer; the study method is based on an approach of quantitative and qualitative research, through semi-structured interviews with 45 men held the city of Santa Luzia-PB in 2012. Among the main results that the digital rectal exam was the least sought as a preventative, it being understood as something that undermines what is commonly understood to be a man. It was concluded that, for understanding and questioning of issues regarding the prevention of prostate cancer, it is necessary to take into account the cultural and symbolic aspects, and may modify them through education.*

KEYWORDS: *Prostate Cancer. Prevention. Manhood.*

1. Artigo extraído da monografia apresentada à Coordenação de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, visando à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

2. Acadêmico do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos. Rua Major Inácio Machado, nº 102, Centro, Santa Luzia, CEP: 58600-000. Email: biano_nascimento@hotmail.com.

3. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor das Faculdades Integradas de Patos.

4. Médico Veterinário. Mestre em Medicina Veterinária. Professor das Faculdades Integradas de Patos.

5. Médica Veterinária. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Zootecnia, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

INTRODUÇÃO

A idade média na qual o câncer de próstata é mais comumente diagnosticado situa-se em torno dos 72 a 74 anos. Na ausência de programas de rastreamento estruturados somente 55% dos tumores estão clinicamente localizados no momento do diagnóstico (RHODEN e AVERBECK, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o câncer de próstata (CP) é a neoplasia maligna mais frequente nos homens e o segundo maior causador de mortes no Brasil (SBU, 2008). Raramente este tipo de câncer produz sintomas até que se encontre em sua forma avançada. Todavia, nos casos sintomáticos, o homem se queixa de dificuldade para urinar, jato urinário fraco e sensação de não esvaziar bem a bexiga (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008).

Diversos fatores têm sido apontados como determinantes para o aumento da incidência de câncer na próstata, dentre eles destacam-se: a maior expectativa de vida; e as constantes campanhas de identificação da doença, as quais passaram a revelar mais homens com a doença além das influências ambientais e alimentares, tais como o alto consumo energético, ingestão de carne vermelha, gorduras e leite (PAIVA, MOTTA e GRIEP, 2010).

Os principais instrumentos utilizados para diagnosticar o câncer de próstata incluem o exame digital transretal da próstata, antígeno prostático específico (PSA) e a biópsia por ultrassonografia transretal (USTR) (RHODEN e AVERBECK, 2010).

De acordo com dados do INCA (2008), não são conhecidas formas específicas de prevenção do CP. No entanto, há referências de que a adoção de hábitos saudáveis de vida é capaz de evitar o desenvolvimento de certas doenças, entre elas, o câncer. Atividade física, alimentação saudável, manutenção do peso corporal correto e o não uso de drogas, são algumas das medidas importantes para se prevenir doenças em geral, particularmente o CP.

A identificação dos estágios iniciais das doenças crônicas pode reduzir significativamente taxas de morbidade e mortalidade, o que pode ser realizado por meio de dois níveis de programas de prevenção: O primário que previne a ocorrência da enfermidade e o secundário que consiste no diagnóstico precoce por meio de rastreamento. No caso do câncer, a prevenção primária consiste na limitação da exposição a agentes causais ou fatores de riscos como o fumo, as drogas, sedentarismo, dieta inadequada, vírus e exposição solar. Para a prevenção secundária do câncer se fazem necessários procedimentos junto à população que permitam o diagnóstico precoce ou detecção das lesões pré-cancerosas, cujo tratamento pode levar à cura ou, ao menos, à melhora da sobrevida dos indivíduos (TUCUNDUVA *et al.*, 2004).

Vários estudos constatam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas mais comuns causas de morte. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbidade e mortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres

(GOMES; *et al.*, 2007).

Diante do exposto este estudo tem o objetivo de analisar a influência de significados culturais inerentes à sexualidade masculina na prevenção do câncer de próstata no município de Santa Luzia-PB.

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória parte de uma investigação que procura problematizar aspectos relacionados à influência da masculinidade que podem impedir homens de cuidar de sua própria saúde. Foi realizado na cidade de Santa Luzia-PB em 2012.

Esta investigação foi desenvolvida mediante uma abordagem quantitativa, aqui entendida como um conjunto de práticas interpretativas que busca investigar os sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos e ao conjunto de relações em que eles se inserem (DESLANDES; GOMES, 2004).

Os sujeitos do estudo foram relacionados a partir de uma amostra de 45 (15%) da população de homens santa-luzienses na faixa etária de 50 a 54 anos. Os mesmos são residentes ou que trabalhem na cidade de Santa Luzia, cadastrados em uma das seis Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Foram selecionados a partir de uma prática bastante usual em pesquisa social sobre os universos familiares, em que pessoas conhecidas do pesquisador indicam outras a serem entrevistadas, que, por sua vez, indicam outras conhecidas.

A coleta dos dados foi realizada usando como procedimento uma entrevista semi-estruturada, seguindo um roteiro previamente elaborado em consonância com os objetivos do estudo. O instrumento continha 05 questões fechadas e abertas sobre a prevenção do câncer de próstata, com o objetivo de analisar a influência de significados culturais inerentes à sexualidade masculina, na prevenção do câncer de próstata, no município de Santa Luzia-PB. Teve ainda como objetivo, identificar as principais causas que levam os homens a não fazer a prevenção do câncer de próstata.

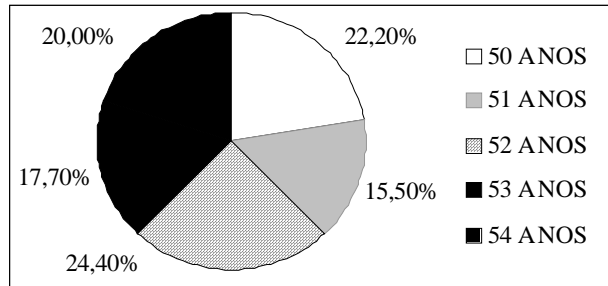
O presente trabalho foi submetido à verificação e aprovação pelo o Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, recebendo o nº de protocolo 098/2012. Foram preservados todos os sujeitos estudados (dados pessoais não serão utilizados). Os sujeitos foram identificados apenas com a idade, cor da pele e nível de escolaridade, em cumprimento à resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do ministério da saúde (LIMA, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na avaliação sócia demográfica dos componentes que participaram da pesquisa utilizaram-se variáveis como: idade, estado civil, escolaridade e ocupação.

O gráfico 1 apresenta homens, em sua maioria 10 (22,2%) com a idade de 50 anos, 07 (15,5%) com idade de 51 anos, 11 (24,4%) com idade de 52 anos, 08 (17,7%) com idade de 53 anos, 09 (20%) com idade de 54 anos.

Gráfico 01 - Distribuição da amostra de acordo com a idade.



Constatou-se que os homens com idade de 52 anos (13,3%) foram os que mais procuraram o serviço de saúde especializado e em segundo lugar os homens com 50 (8,88%) e 54 (8,88%).

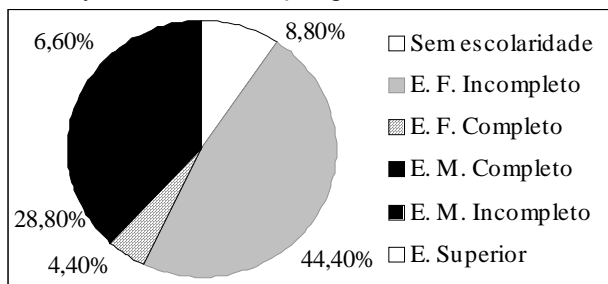
A *American Urological Association* (AUA, 2006) e a *Sociedade Brasileira de Urologia* (I Consenso Brasileiro de CaP e II Encontro de Conselho Nacional de Hiperplasia Prostática Benigna, 1998) recomendam a consulta com urologista para o diagnóstico precoce do câncer de próstata nas seguintes condições: Pessoas com mais de 50 anos e com expectativa de vida acima de 10 anos. Pessoas com mais de 40 anos, se: História familiar de câncer de próstata na família (2 ou parentes de primeiro grau). Raça negra (advindo de estudos da população negra norte-americana).

Além disso, quanto mais rápido for a detecção do câncer mais chance se tem de cura, uma razão para incentivar esses homens a realizar a prevenção anualmente a partir dos 40 anos como é feito com as mulheres na prevenção do câncer de mama.

Quanto ao estado civil desta população, a Figura 2 apresenta que 38 (84,4%) dos entrevistados são casados e que apenas 07 (15,5%) são solteiros. Verificou-se que os homens casados, na sua grande maioria têm maior probabilidade de procurar um serviço de saúde especializado para realizar os exames de detecção precoce do câncer de próstata, visto que todos os entrevistados que fizeram o exame preventivo eram casados 19 (42,2%).

No tocante à escolaridade dos homens entrevistados, no gráfico 2 observamos que a maioria tem um baixo nível de escolaridade, sendo que apenas 20 (44,4%) concluíram o ensino fundamental incompleto, 02 (4,4%) concluíram o ensino médio completo, 03 (6,6%) concluíram o ensino médio incompleto, 13 (28,8%) concluíram o ensino médio completo, 04 (8,8%) aparecem sem escolaridade. Com um melhor nível de escolaridade aparecem, 02 (4,4%) que concluíram o ensino superior.

Gráfico 02 - Distribuição quanto à escolaridade.



Fonte: Pesquisa realizada em Santa Luzia (PB), 2012.

A falta de informação sobre a prevenção ou sobre o tratamento do câncer de próstata pode estar relacionada a baixos níveis de escolaridade. A desinformação atinge com maior intensidade a população masculina com menor nível de escolaridade e poder socioeconômico (GOMES, 2008). É importante ressaltar, que se deve dar uma importância maior a este grupo, demandando ações educativas, já que ao longo de décadas o cuidado com a saúde do homem no Brasil praticamente não existia. VIEIRA e GONÇALVES (2011) perceberam que os conhecimentos dos sujeitos das áreas rurais sobre a prevenção do câncer de próstata foram insatisfatórios. Praticamente nenhum deles teve algum conhecimento e os que relataram algo era muito vago - com isso podendo estar acarretando risco à sua saúde.

A Tabela 1 apresenta as profissões/ocupações que são mais comuns entre os entrevistados, sendo 06 (13,3%) respectivamente para agricultores e comerciante. A segunda maior concentração de profissionais ocorreu nas áreas de soldador e motorista, com 6,6% cada seguidos das profissões/ ocupações de extencionista rural, gari, chef de limpeza, artesã, marteleiro, borracheiro, eletricista de autos, mecânico, instrutor de transito, marceneiro, entregador, lanterneiro, aposentado, agrônomo, assistente administrativo, chef de protocolo, empresário 01 (2,2%) cada uma, a profissão de pedreiro, operador de maquina, pescador, vigilante 02 (4,4%).

Tabela 01 - Demonstração da população segundo a profissão/ocupação.

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	NÚMERO	%
Agricultor	06	13,3%
Extensionista Rural	01	2,2%
Gari	01	2,2%
Chefe de Limpeza	01	2,2%
Artesão	01	2,2%
Marteleiro	01	2,2%
Borracheiro	01	2,2%
Eletricista	01	2,2%
Pedreiro	02	4,4%
Operador de Maquina	02	4,4%
Comerciante	06	13,3%
Soldador	03	6,6%
Pescador	02	4,4%
Mecânico	01	2,2%
Instrutor de Trânsito	01	2,2%
Macineiro	01	2,2%
Vigilante	02	4,4%
Entregador	01	2,2%
Lanterneiro	01	2,2%
Aposentado	01	2,2%
Pensionista	01	2,2%
Motorista	03	6,6%
Agrônomo	01	2,2%
Assistente Administrativo	01	2,2%
Chefe de Protocolo	01	2,2%
Empresário	01	2,2%
TOTAL	45	100

Fonte: Pesquisa realizada em Santa Luzia (PB), 2012.2.

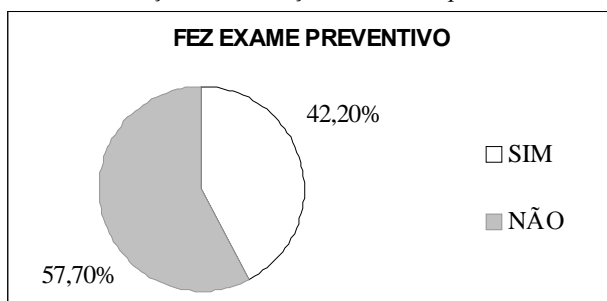
Em relação às profissões/ocupações não se encontra na

literatura estudos que indique determinadas profissões/ocupações como fatores de risco para desenvolver o câncer de próstata.

Porem sabe-se que alguns fatores como exposição ao sol, sedentarismo e tabagismo podem predispor ao câncer, bem como se sabe que a profissão pode ser fator decisivo na exposição desses fatores. Por exemplo. Um agricultor ou um garí vai estar mais exposto ao sol em relação a um empresário ou assistente administrativo que por sua vez vai estar mais exposto ao sedentarismo.

De acordo com realização do exame preventivo, observa-se na Figura 04 que 19 (42,2%) fizeram o preventivo, sendo que 26 (57,7%) não optaram pelo o exame de prevenção do câncer de próstata.

Gráfico 03 - Distribuição da amostra conforme a resposta sim ou não com relação a realização do exame preventivo.



Fonte: Pesquisa realizada em Santa Luzia (PB), 2012.2.

Com esses dados torna-se visível a falta de informação e interesse sobre a importância da realização desse exame preventivo. Percebe-se que as campanhas de prevenção do câncer prostático ministradas pelo Ministério da Saúde ainda não conseguiram adesão espontânea significativa.

A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários. Se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior (OMS, 2008). Mais recentemente, as relações entre masculinidade e cuidado em saúde têm sido analisadas com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência à saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, o que pode ampliar as dificuldades (COUTO *et al.*, 2010).

A Tabela 2 apresenta tipos de exames preventivos realizados, tais como PSA 12 (26,6%) toque retal 10 (22,2%) ultrassom 13 (28,8%) e biopsia 01 (2,2%).

Tabela 02 - Tipos de exames preventivos realizados.

EXAME SOLICITADO	NÚMERO	%
PSA	12	26,6%
Toque retal	10	22,2%
Ultrassom	13	28,8%
Biopsia	01	2,2%
TOTAL	34	100%

Fonte: Pesquisa realizada em Santa Luzia (PB), 2012.2.

A maioria dos cânceres de próstata é localizada na zona periférica da glândula e pode ser detectado pelo toque prostático

quando o volume da lesão é cerca de 0,2 ml ou maior. O risco de um toque prostático positivo representar um câncer é altamente dependente do valor do PSA. (CARVALHAL *et al.*, 1999 ; CATALONA *et al.*, 1994).

O PSA é uma caliceína produzida quase que exclusivamente pelas células epiteliais prostáticas. É uma protease órgão-específica, não câncer-específica, e seus níveis séricos podem estar elevados na presença de hiperplasia prostática benigna, prostatite e outras condições não neoplásicas. O PSA, como variável independente, é um preditor melhor de câncer do que achados suspeitos no toque prostático e no ultrassom transretal.

A detecção de um câncer de próstata é dependente nos níveis séricos do PSA. Não há valor de corte mínimo universalmente aceito, contudo PSA > 4,0 ng/ml tem sido utilizado em estudos. (LODDING, *et al.*, 1998).

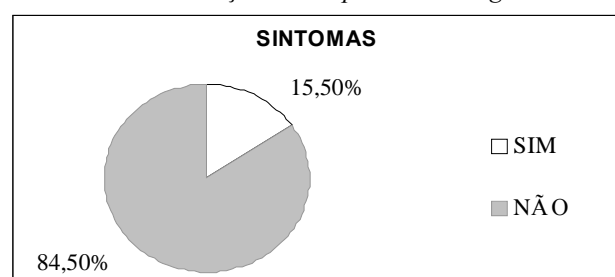
A aparência clássica de uma lesão neoplásica na ultrassonografia transretal é de uma área hipoeoica na zona periférica da glândula. Lee, F. *et al* (1989). Contudo, a aparência ultrasonográfica do câncer de próstata é muito variável e somente um pequeno número de cânceres será detectado se o exame retal digital e o nível do PSA forem normais. (METTLIN 1996 ; JONES WTE RESNICK MI, 1990).

A biópsia prostática guiada por ultrassonografia tornou-se o método padrão para obtenção de material para o exame anatomopatológico de glândula. Múltiplos fragmentos podem ser obtidos, como uma baixa taxa de complicações, desde que cuidados tais como a antibiótico-profilaxia forem adotados. (AUS 1996; COLLINS, 1993).

Diante do exposto acima percebe-se que o toque retal é altamente dependente do PSA e o PSA do ultrassom para a verificação de um diagnóstico preciso, bem como a biópsia para diferenciar a natureza do tumor (benigno ou maligno). Neste trabalho observamos que 04 entrevistados (8,8%) fizeram PSA; Toque Retal e Ultrassom, 06 (13,3%) realizaram apenas, ultrassom, 03 (6,6%) realizaram PSA e Toque Retal, 01 (2,2%) realizaram Ultrassom e Toque Retal, 01 (2,2%) realizaram Ultrassom e PSA, apenas 01 (2,2%) realizaram todos os exames citados acima.

Evidencia-se a falta de informação da importância e finalidade desses exames pelos homens e profissionais da saúde. Tornou-se necessário, mais campanhas educativas para a sociedade e novos treinamentos para os profissionais da saúde, visando obter diagnósticos mais precisos e dados mais confiáveis.

Gráfico 04 - Distribuição da amostra conforme a resposta sim ou não com relação a ter apresentado algum sintoma.



Fonte: Pesquisa realizada em Santa Luzia (PB), 2012.2.

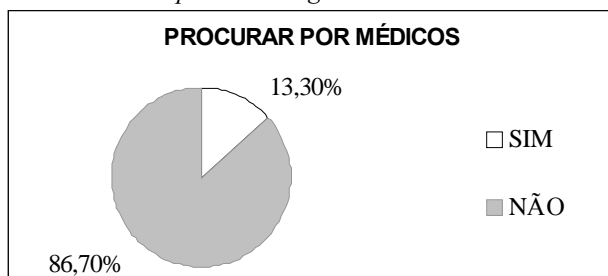
Com relação a ter apresentado algum sintoma, o gráfico

05 demonstra que 07 (15,5%) responderam que sim, já tinham sentido e 38 (84,4%) responderam que não.

Uma questão que se coloca em relação ao CP é a forma silenciosa como a doença se desenvolve raramente este tipo de câncer produz sintomas até que se encontre em sua forma avançada. Todavia, nos casos sintomáticos, o homem se queixa de dificuldade para urinar, jato urinário fraco e sensação de não esvaziar bem a bexiga. (CORRÊA *et al.*, 2003; GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008),

Portanto se 42,2% dos entrevistados que realizaram o exame preventivo 15,5% já apresentavam sintomas, isto significa que apenas 26,7% aderiram às campanhas de prevenção, os demais foram em busca de tratamento. NASCIMENTO (2000) em um estudo realizado obteve resultados preliminares indicando que a maioria dos homens com pouca escolaridade só procuram o serviço de saúde especializado quando apresentam algum sintoma relacionado ao câncer prostático, o que segundo ele demonstra um conhecimento fragmentado da doença não á associando á idade.

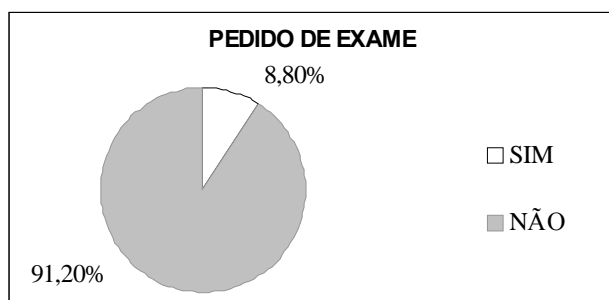
Gráfico 05 - Distribuição da amostra conforme a resposta sim ou não em relação a ter procurado por um médico ao apresentar algum sintoma.



Fonte: Pesquisa realizada em Santa Luzia (PB), 2012.2.

O gráfico 06 representa a questão com relação a ter procurado um medico e se foi pedido algum tipo de exame, sendo que 06 (13,3%) responderam sim e 39 (86,6%) disseram que não. Tanto há registros na literatura como se observa na realidade que os homens procuram menos os serviços de saúde do que os as mulheres embora alguns deles tenham feito críticas no sentido de que esses serviços deveriam ser procurados pelas pessoas independentemente do gênero. (GOMES *et al.*, 2007). Nesse sentido, a procura por serviços de saúde se encontra intimamente relacionada ao que se entende por ser homem.

Gráfico 06 - Distribuição da amostra conforme a resposta sim ou não em relação a ter procurado por um médico ao apresentar algum sintoma e se foi pedido algum tipo de exame.



Fonte: Pesquisa realizada em Santa Luzia (PB), 2012.2.

O gráfico 07 representa a questão com relação a quando procurou o médico foi solicitado algum tipo de exame. Destes 04 (8,8%) responderam sim e 41 (91,1%) responderam que não foi solicitado nenhum tipo de exame.

Como as atividades laboratoriais vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas ao procurar por ajuda médica, principalmente para os sujeitos que buscam por esses serviços fica em segundo plano. Faz-se necessário observar que esse problema pode não estar vinculado apenas aos homens. O horário de funcionamento das instituições publica de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal, independentemente de serem homens ou mulheres. (GOMES *et al.*, 2008).

Ou seja, a escolha por fazer ou não o exame preventivo já é arduamente difícil para os homens e muitas vezes ainda ter que explicar no trabalho o motivo porque precisa faltar torna-se constrangedor, levando em muitos casos a desistência do mesmo, da mesma forma pode acontecer com as mulheres porem sabe-se que a questão cultural é mais forte nos homens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa possibilitou uma visão mais ampliada acerca do objeto deste estudo, contribuiu para aprofundar os conhecimentos que detínhamos acerca do câncer de próstata e as implicações de valores, traços culturais e comportamentos da sexualidade masculina quanto à prevenção e diagnóstico precoce deste tipo de neoplasia.

O estudo atingiu plenamente os objetivos predeterminados para seu desenvolvimento, apresentando contribuições inéditas para o relacionamento dos sujeitos participantes do estudo com os pesquisadores. Possibilitou a elaboração de um texto que servirá de subsídios para a reflexão acerca do câncer de próstata em seus aspectos preventivos, diagnóstico precoce e devido tratamento.

Sua leitura contribuirá para discussões acerca desta temática, particularmente quanto às principais causas que levam os homens a não procurarem os serviços de saúde para fazer prevenção do câncer de próstata. Oferecerá condições para o planejamento de ações favoráveis à saúde do homem, propiciando às autoridades competentes na área da saúde sugestões para traçar metas e métodos para combater este problema. Gera a expectativa para a realização de novas pesquisas em outras localidades comparando os dados encontrados.

R E F E R Ê N C I A S

- AUS G, AHLGREN G, BERGDAHL, S; HUGOSSON J. Infection after transrectal core biopsies of the prostate_rick factor and antibiotic profilaxis. **Br J Urol**; 71:851-855. 1996.
- AUA 2006. COURE 73 IC: Prostate Cancer - Prevencion and Genetics. Tuesday, May 23, 2006. **Eric A. Klein, M.D.** (Director).
- CARVALHAL GF, SMITH DS, MAGER DE, CATALONA WJ. Digital rectal examination for detecting prostate cancer at prostate specific antigen levels of 4 ng/ml or less. **J Urol** 1999; 161:835-839.
- COUTO, M.T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface – Comunic., **Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, 2010.
- DESLANDES, S.F; GOMES,R. **A pesquisa qualitativa em serviços de saúde**: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Editora Vozes; 2004. p. 99-120.
- GOMES R. Sexualidade Masculina e Saúde do Homen: Prosposta para uma discussão. **Ciêñ. Saúde Coletiva**, São Paulo, vol8,n.3, 2003. Disponível em : <HTTP://www.scielo.br/>. Acesso em 8 de Agost. 2011.
- GOMES, I. L. (Trad.). **Enfermagem médico-cirúrgico**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- GONÇALVES, I.R; PADOVANI, C.; POPIM, R.C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4,p. 1337-1342,jul/ago. 2008.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de próstata**, 2008. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/definicao>. Acesso em: 26 set. 2011.
- LEE, F; TORP-PEDERSEN, S.T;SIDERS, D.B; LITTRUP, P. J; MCLEARY, R.D. Trans-rectal ultrasound in the diagnosis and staging of prostate câncer. **Radiology** 1989; 170:609-615.
- LODDING, P; AUS, G; BERGDAHL, S; FROSING, R; LILJA, H; PIHL, C.G; HUGOSSON, J. Characteristics of screening detected prostate cancer in men 50 to 66 years old with 3 to 4 ng/mL, Prostate specific antigen. **J Urol** 1998; 159:899-903.
- METTLIN, C; MURPHY, G.P; BABAIAN, R.J; CHESLEY, A; KANE, R.A, LITTRUP, P.J; MOSTOFI, F.K; RAY, P.S; SHANBERG, A.M; TOI, A. The results of a Five year early prostate cancer detection intervention. Ingestigators of the American Cancer Society National Prostate Cancer Detection Project. **Cancer** 1996; 77:150-159.
- NASCIMENTO, M. R. **Câncer de próstata e masculinidade: motivações e barreiras para a realização do diagnóstico precoce da doença**. Minas Gerais, 2000. Disponível em: HTTP://www.abep.nepo.unicamp.br. Acesso em: 20 out. 2012.
- PAIVA, E.P; MOTTA, M.C.S; GRIEP, R.H. **Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata**. 2010. Disponível em www.scielo.br/pdf/apé/v23n1/14.pdf. Acesso em: 03 de Mar. 2012.
- RHODEN, E.L; AVERBEC, M.A. **Câncer de próstata localizado**, 2010. Disponível em: <www.amrigs.com.br/resvista54-01/20-488_cancer_de_prostata.pdf>Acesso em 03 de Mar.2012.
- TUCUNDUVALTCM, COSTALJM, DEL GIGLIOA, KOSHIMURAET, PRUDENTE FVB, SÁ VHLC, SAMANO EST, SANTOSAF. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** 2004, 50(3):257-62.
- VIEIRA, E.S; GONÇALVES, S.J.C. A percepção dos trabalhadores da zona rural e urbana em relação ao toque retal como medida de prevenção do câncer de próstata. **Revista Pró-Univer SUS**, Vassouras, V.2, n.1, p.5-18, jan/jun., 2011.

Data de recebimento para publicação: 15.01.2013. - Data de aprovação do trabalho: 15.02.2013.

Papanicolaou: Sentimentos e Conhecimento da Mulher para a Realização do Exame na Perspectiva da Qualidade de Vida

Feelings and Knowledge of Women For The Conduct of The Examination in View of Quality of Life

Jussara Araújo de Siqueira¹
Merielli Lopes Amorim²
Margareth Câmara de Almeida³

RESUMO: A citologia oncológica comumente conhecida por exame de Papanicolaou é utilizado para o diagnóstico preventivo e avaliação de várias patologias, principalmente o CCU, sendo este a terceira causa de morte em mulheres no Brasil devido à falta de informação, sobre a importância de sua prevenção. O CCU pode ser prevenido, se for detectado precocemente; De modo que, o desconhecimento das mulheres a respeito do exame é bastante desfavorável onde se constata diagnósticos tardios e altos índices de mortalidade. A finalidade desse esboço foi averiguar a visão de mulheres com relação a prática e informação após dar início a suas atividades sexuais, na intenção de melhor compreender a não aderência das mesmas aos serviços de saúde para a realização do citológico, pois através de estudos avaliamos o quanto as mulheres declaram desconforto, medo, vergonha, insegurança e constrangimento ao se exporem perante os profissionais de saúde. Artigos revelam os sentimentos das mulheres e desconhecimentos da importância do preventivo, além disso, elas possuem valores culturais onde impede as mesmas a procurar as equipes de saúde. Portanto é fundamental que esses serviços estejam estruturados para orientar a população a respeito do exame preventivo, já que a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. Concluiu-se ainda que, o que impede a realização do exame é o medo do resultado e a carência de informação; orientar as mulheres por meio de campanhas e, ainda, desmistificar a técnica e os resultados é de certo modo uma maneira de mostrar a importância do exame citológico numa tentativa de melhorar a saúde da mulher.

UNITERMOS: Exame Papanicolaou. Câncer. Educação Preventiva. Saúde da Mulher.

ABSTRACT: *The cytology known for Pap test is an examination used for a preventive and diagnostic evaluation of several pathologies. Cancer of the cervix is the third leading cause of death in women in Brazil because of the lack of information about the importance of prevention. Cancer of the cervix can be prevented if detected early; it means that it is a secondary prevention, since that would be intercepted by means of diagnostic methods, the evolution of probable malignant lesions.*

The exam can be done in health centers that provide skilled professionals to accomplish it.

he purpose of this study was to examine the vision of women in relation to practice and information after initiating sexual activity, the intention to better understand the non-adherence of the same health services to achieve the cytological because through studies evaluated how the women declare discomfort, fear, shame, embarrassment and insecurity before exposing themselves to health professionals. Articles reveal the feelings of women and unknowns of the importance of Pap test also have them where cultural values prevent them from seeking health services. Therefore it is critical that these services are structured to guide the people about the preventive exam, since its periodic realizing reduces mortality from cancer of cervix to the population at risk. This sketch comes up a bibliographic review for studies investigating the reality of allowing same regarding Pap test and in order to improve the knowledge of patients about cancer of the cervix. Standing out for women to exercise a preventive procedure in health becomes cogent knowledge acquisition scientifically appropriate, so that after This evaluation of the problem, decide the adaptation of best practice aimed at changing behavior and reformulation of habits.

KEYWORDS: *Pap Test. Feelings. Prevention Education. Woman's Health.*

1. Aluna Concluinte do Curso de Bacharelado em Biomedicina, Rua Flamentino de Siqueira, 132, São Vicente, Itapetim, Pernambuco, Brasil. Tel: (87) 99590504.

2. Aluna Concluinte do Curso de Bacharelado em Biomedicina, Rua Padre José Guerel, 677, B. Santo Antônio, Itapetim, Pernambuco, Brasil. Tel: (87) 3853-1210. Email: ylleyrem@hotmail.com.

3. Professora Msc. Do Curso de Biomedicina das FIP.

INTRODUÇÃO

Estima-se que em 2006 no Brasil, a neoplasia do colo do útero seja a terceira mais comum, ficando atrás apenas do câncer de pele (não melanoma) e o CA de mama entre as mulheres (INCA; FRANÇA, 2007).

O câncer do colo uterino no mundo tem como incidência o segundo lugar, com uma estimativa de mais 430 mil novos casos de CCU por ano, mais de 200 mil mortes; destes casos, cerca de 79% acontecem em países em desenvolvimento (NERONE; TRINCAUS, 2007).

As detecções de lesões de colo pré-invasivas é realizada pelo exame Papanicolaou por meio da citologia cérvico-vaginal. Há mais de 50 anos esse procedimento é utilizado com excelente custo-benefício, sendo uma estratégia de avaliação que tem diminuído efetivamente as taxas de incidência da doença. Este método é realizado através da coleta do material com o auxílio de um espécule, que introduzido na vagina, permite a visualização do colo uterino. Em seguida faz-se a raspagem da ectocérvice com a espátula de ayre e com a escova endocervical se faz uma leve esfoliação da endocérvice trazendo o material que será posto em uma lamina e fixado para pesquisa de alterações celulares. O exame é rápido e indolor, porém algumas mulheres apresentam desconforto ou pressão no baixo ventre ocorrendo o relaxamento da musculatura pélvica. Sua peoridicidade deve ser concretizada uma vez por ano para um controle efetivo da paciente (SOUSA; MOURA *et al.*, 2008).

Entretanto, o câncer do colo uterino proporciona um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente. Sua incidência situa-se entre 40 a 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos trinta anos. O carcinoma do colo do útero se situa, em todas as regiões do mundo, com baixo nível sócio econômico, ou seja, está diretamente ligado aos grupos que têm maior vulnerabilidade social onde é avaliada a maior barreira de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença advindo de dificuldades econômicas, geográficas e questões culturais como o medo e preconceito dos companheiros (BRITO; NERY *et al.*, 2007).

Tendo a importância de avaliar a percepção das usuárias sobre o atendimento da prática da prevenção no que se refere à motivação para a realização do citológico. Justificando em evidência que as percepções das mulheres refletem uma estrutura de conhecimento e insegurança que resultam em reflexões e vivências permanecendo visível uma assistência caracterizada pela precariedade, necessitando ser mais bem qualificada desde a atenção primária até a atenção terciária. Desse modo, os achados desse estudo demandam investimentos em ações educativas que tragam impacto sobre a mentalidade das usuárias e também dos profissionais de saúde. Esse espaço de discussão pode colaborar na troca de experiências tornando-se um espaço de rica contribuição no processo de reabilitação e adaptação do câncer.

Registros foram feitos a partir de sentimentos negativos relatados de mulheres que se propuseram ao exame de prevenção, bem como medo, vergonha, ansiedade e nervosismo, o que foi mencionado pelas mesmas, trazendo em vista, a educação sexual

inadequada e ao desconhecimento a cerca do exame. Pertinente a este problema, existe a precariedade e a postura dos profissionais de saúde, sobre a baixa demanda de mulheres, afim da informação e da avaliação do exame (SOUSA; MOURA *et al.*, 2008).

Com isso, se faz necessário aumentar a cobertura e a resolutividade dos serviços de saúde na execução das ações preventivas do câncer do colo do útero; a fim de desenvolver ações educativas com a participação da comunidade, no sentido de ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco; propondo várias estratégias para estimular a adesão das mulheres à coleta do exame Papanicolaou nas unidades básicas de saúde, na tentativa de melhor compreender o valor da prevenção.

Cabe, portanto, aos profissionais envolvidos na saúde, veicular a informação e desenvolver métodos de comunicação a fim de aperfeiçoarem as mulheres promovendo o acesso ao conhecimento, desenvolvendo transformações no comportamento e na consciência sobre a importância da prevenção, incentivando-as a prática do exame preventivo, incluindo-as nesse processo social (SOARES, *et al.*, 2010).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica prospectiva com abordagem descritiva, abrangendo artigos no período de 1995 a 2010. Através desses artigos expõe o desenvolvimento de um ponto de vista teórica, avaliando a literatura publicada com interpretação e análise crítica por parte dos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Câncer do colo do útero é potencialmente o mais prevenível dos cânceres da mulher. O extenso período necessário para a evolução das lesões precursoras e, por um lado a facilidade em detectá-las torna essa neoplasia distinta dos demais cânceres. A maneira para detectar suas alterações na fase inicial proporciona oportunidades para interferir no seu desenvolvimento.

Os fatores de risco para o desenvolvimento da doença submergem as baixas condições socioeconômicas, multiplicidade de parceiros, precocidade na primeira relação sexual e, sobretudo a infecção pelo HPV. As soluções preventivas a esta doença abrangem principalmente o uso de preservativos e a realização do exame Papanicolaou.

Observam-se de acordo com a literatura que os sentimentos de desconforto, medo, vergonha e constrangimento são os mais expressos pelas mulheres. As mesmas apresentam constrangimento e vergonha, que aliados à sensação de impotência alterada pela própria posição ginecológica, podem potencializar esses anseios. Conclui, além disso, que esses sentimentos por sua vez, dependem de vários fatores, alguns estão relacionados com até mesmo o sistema de saúde pública e seus profissionais e outros, com as próprias mulheres.

CONCLUSÕES

Ao término do estudo, tendo em consideração os

objetivos sugeridos espera-se com as pesquisas futuras, que se possam encontrar maneiras de abordar o tema nas comunidades, enfatizando a acuidade da realização do exame para as mulheres. É necessário que o atendimento a essas mulheres promova maior sensibilidade e compreensão, pois muitas vezes, por vergonha, medo e preconceito de realizarem o exame ginecológico as indivíduos colocam em risco sua saúde.

Sendo assim se faz indispensável que os profissionais de saúde procurem maneiras para tentar minimizar esses sentimentos negativos, buscando demonstrar empatia e fazendo

com que as mesmas se sintam a vontade na realização do procedimento ginecológico. Considerando o comportamento das pessoas no que se menciona a questão de saúde, bastante complexo, pois dependem em boa parte, de crenças, atitudes e valores de cada indivíduo quando se trata de saúde. No entanto cabe ao profissional de saúde promover às necessidades da realidade dessas mulheres as modificações sociais em afinidade ao citológico levando em consideração que as medidas educativas são de certo modo extremamente importantes, para a condição de vida das mesmas.

R E F E R Ê N C I A S

- BRITO, C. M. S. NERY, I. S. TORRES, L. C. Sentimentos e expectativas das Mulheres acerca da citologia oncológica. Brasília. **Revista Brasileira de Enfermagem** v.60, n.4, p. 387-90 Jul-Ago 2007.
- FRANÇA, F. M. S. G. Atuação do enfermeiro no incentivo ao retorno das mulheres para buscar o resultado de colpocitologia oncológica. 2007
- NERONE, V. TRINCAUS, M. R. Reações emocionais e sentimentos experienciados pelas mulheres com câncer de colo uterino. Guarapuava-PR. **Revista Salus**, v.1, n.2, p.147-155, jul-dez 2007.
- _____, Instituto Nacional do Câncer, Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro, 2005.
- PELLOSO, S. M. CARVALHO, M. D. B. HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Maringá**, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.
- SOARES, M. C MISHIMA, S. M. MEINCKE S. M. K. SIMINO G. P. R. Câncer e colo uterino: caracteriza-se das mulheres em um município do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v.14, n.1, p.90-96, jan/mar, 2010.
- SOUSA, I. G. S. MOURA, E. R. F. OLIVEIRA, N. C. EDUARDO, K. G. T. Prevenção do câncer de colo uterino: percepções de mulheres ao primeiro exame e atitudes profissionais. 2008.

Data de recebimento para publicação: 18.01.2013. - Data de aprovação do trabalho: 19.02.2013.

temas em
saúde

Câncer de Próstata: Atuação Preventiva de Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família

Prostate Cancer: Preventive action of Nurses in the Family Health Strategy

Sormani dos Santos Silva¹

Geane Gadelha de Oliveira²

Kilmara Melo de Oliveira Sousa³

Sheila da Costa Rodrigues Granjeiro⁴

RESUMO: O câncer de próstata é a neoplasia maligna constituída pela proliferação de células epiteliais dos ácinos e/ou ductos prostáticos. Sua evolução geralmente é muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade. O presente estudo objetivou identificar a assistência de enfermagem prestada aos pacientes com câncer de próstata. Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. A população foi constituída por 08 enfermeiros que atuam na saúde pública do DGA III no município de Patos - PB. A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas orientada por um roteiro com perguntas objetivas e subjetivas no período de agosto a setembro de 2012. Por meio de análise dos dados observou-se que 100% dos profissionais são do sexo feminino, faixa etária 75% é de 20 a 30 anos, tempo de atuação 75% menor de 5 anos, e em relação a titulação predomina especialista com 87,5%, 100% dos profissionais de enfermagem definem câncer de próstata de forma clara e coerente, 100% dos enfermeiros repassam as orientações necessárias para prevenção do câncer de próstata, e apontam as dificuldades enfrentadas para que os homens venham procurar a unidade, 100% dos profissionais nunca tiveram nenhuma capacitação para trabalhar a saúde do homem. Sobre a existência de um local adequado para realização do exame toque retal, 62% afirmam não possuir esse local nas unidades onde atuam, 75% dos entrevistados afirmam não realizar o exame de toque retal na unidade. O estudo foi relevante para mim como acadêmico de enfermagem e futuro enfermeiro, pois veio ampliar e aprimorar meus conhecimentos acerca da temática em pauta, promovendo planejamento e ações educativas visando minimizar os problemas da população.

UNITERMOS: Atuação do Enfermeiro. Câncer de Próstata. Prevenção.

ABSTRACT: Prostate cancer is a malignant neoplasia formed by proliferation of epithelial cells of acini and or prostatic ducts. Its evolution is generally very slow, so that mortality can be avoided when the process is diagnosed and treated early. This study aimed at identifying the nursing care provided to patients with prostate cancer. This is a descriptive and exploratory study with quantitative and qualitative approaches. The study population consisted of 08 nurses who work at public health of the DGA III in the city of Patos - PB. In the data collection was applied a questionnaire with objective and subjective questions in the period of August-September 2012. Through analysis of the data it was observed that 100% of the professionals are female, 75% are aged between 20-30 years old, 75% of them are working in a time under 5 years, and for professional titles predominates the specialists with 87, 5%; 100% of them define prostate cancer clearly and consistently, 100% of nurses pass the necessary guidelines for the prevention of prostate cancer; and indicate the difficulties faced by men to search the health unit, 100% of these professionals never had any training for working at the men's health care. About the existence of an appropriate place for realize the rectal examination, 62% affirm not have this place in the units where they work, 75% of respondents affirm not realize the rectal examination in the unit. The study was relevant to me as a nursing student and future nurse, because it contributed to expand and improve my knowledge about the topic in discussion, turning possible actions as planning and promoting educational activities in order to minimize the problems of the population.

KEYWORDS: Nursing Activities. Prostate Cancer. Prevention.

1. Discente do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdades Integradas de Patos (FIP). Endereço: Rua Francisco Pontes, n.º 132. Bairro Salgadinho, Patos-PB. Email: sormani.silva@gmail.com Telefone: (83) 99168887.

2. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família.

3. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública.

4. Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada por mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a se proliferar de maneira anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente que circunda a célula (SMELTZER; BARE, 2008).

O câncer de próstata é a neoplasia maligna constituída pela proliferação de células epiteliais dos ácinos e/ou ductos prostáticos. O carcinoma prostático é o terceiro tumor maligno mais freqüente no sexo masculino e uma das principais causas de morte por câncer (BRASILEIRO FILHO, 2006).

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atas apenas do câncer de pele não-melanoma). Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento, estima-se que em 2010, houve 52.350 novos casos e que 11.955 homens morreram desse tumor no ano de 2008. No estado da Paraíba, a estimativa para o mesmo ano oscilou na faixa de 790 novos casos, ressaltando a necessidade de uma maior atenção para a prevenção e o diagnóstico precoce dos tumores em sua fase inicial (INCA; 2010).

As manifestações clínicas mais comuns no câncer de próstata desenvolvem a partir da obstrução urinária ocorrendo dificuldade e frequência da micção, retenção urinária, jato urinário com diminuição da força, sangue na urina ou sêmen e a ejaculação dolorosa, geralmente esses sintomas vem aparecer tardiamente (SMELTZER; BARE, 2009).

O diagnóstico do câncer de próstata pode ser feito através da medição do antígeno específico da próstata (PSA), marcador importante tanto para o diagnóstico quanto para a monitorização do câncer de próstata, onde níveis de PSA maiores que 4mg/ml evidenciam câncer de próstata, independentemente dos achados no exame retal. O exame retal digital é utilizado para avaliar o tamanho da próstata e detectar alterações como endurecimento, nódulos e extensão extracapsular. Outros exames para o estadiamento da doença devem incluir tomografia computadorizada de abdome e pelve, raio X de tórax, hemograma, provas de função hepática, DHL e mapeamento ósseo. (MOHALLEN; RODRIGUES, 2007).

Segundo o MS, estão entre as atribuições do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF): realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever medicações estabelecidas em protocolos definidos nos programas de saúde e disposições legais da profissão, além de planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar ações, aliando a atuação clínica à prática de saúde coletiva (BEZERRA, 2010).

A relevância deste estudo surge das contribuições que este poderá fornecer no âmbito da assistência de enfermagem ao paciente com câncer de próstata, enfatizando a importância da implementação de uma assistência sistematizada e individualizada para paciente e família.

Os objetivos desta pesquisa foram identificar a assistência de enfermagem prestada aos pacientes com câncer de próstata; bem como avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente com câncer de próstata, e

investigar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros acerca do diagnóstico e tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, realizado sob regência dos princípios de preservação da liberdade dos participantes de optar ou não pela participação e serem informados a respeito dos propósitos da pesquisa, bem como a garantia do anonimato e privacidade durante toda a pesquisa. Foi realizado em oito Unidades de Saúde da Família em um município do alto Sertão Paraibano, que fazem parte do Distrito Geo-Administrativo (DGA) III. A população do estudo constituiu-se por 08 enfermeiros que atuam no âmbito da saúde pública do DGA III no município de Patos, Paraíba; a amostra foi composta pelos 08 enfermeiros cadastrados.

O estudo foi realizado por meio de questionário estruturado, contendo perguntas objetivas e subjetivas previamente elaboradas pelo pesquisador. A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas das FIP; os questionários foram aplicados individualmente pelo pesquisador na própria Unidade de Saúde em um ambiente apropriado, durante os meses de agosto e setembro de 2012.

Os dados coletados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, sendo apresentados em categorias temáticas, elaboradas a partir da codificação das temáticas identificadas. A partir daí foi feita interpretação dos dados apresentados com o propósito de sistematizar os relatos fornecidos pelos entrevistados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados alcançados através desta pesquisa revelaram o seguinte perfil de enfermeiros entrevistados: em relação ao gênero é predominantemente feminino 8 (100%); quanto a faixa etária, de 20 à 30 anos houve 6 profissionais (75%), 31 à 40 anos 1 (12.5%), e maiores de 40 anos 1 (12.5%). Quanto à atuação menor ou igual há 5 anos foram 6 (75%), 5 à 10 anos 2 (25%), Quanto a titulação, não houve profissionais que tinham somente a graduação; especialistas havia 7 (87.5%) e mestres, 1 (12.5%).

No que se refere à predominância feminina na enfermagem, sabe-se da base histórica de tal predominância; a relação entre o cuidar e a mulher teve início através das ordens sacras e do cuidar da mulher mãe (LOPES e LEAL, 2005). Florence Nightingale foi a precursora do assistencialismo organizado, mas desde muito antes a mulher tomou pra si a função de cuidadora, no papel de mãe.

Em relação à faixa etária dos profissionais de enfermagem viu-se a prevalência de profissionais jovens no mercado. O estudo de Ermel e Fracolli (2006) corrobora com essa ideia, tendo a faixa etária das enfermeiras entrevistadas entre 24 e 31 anos.

Esse perfil de jovens enfermeiros pode contribuir para profissionais motivados a prestar uma assistência de qualidade. O bom desenvolvimento de suas atividades e a conseqüente melhora do padrão de saúde da comunidade por ele atendida, geram-lhe satisfação e uma assistência cada vez melhor.

Do ponto de vista profissional, destaca-se a valorização, o sentimento de que as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro são compensadoras a ponto de motivá-lo no trabalho, contribuindo assim para atingir os objetivos do PSF (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Em relação ao tempo de atuação dos profissionais, mesmo sendo jovens logo ingressaram no mercado de trabalho. Isso demonstra que os egressos das universidades estão saindo cada vez mais preparados para assumir postos no mercado de trabalho. Evidencia-se também a necessidade que o mercado de trabalho tem em contratar novos profissionais para suprir a carência de bons enfermeiros.

De acordo com o estudo de Manarin, Bortoleto e Ferreira-Sae (2009) os estudantes de enfermagem estão concluindo a graduação cada vez mais preparados, tendo inclusive propostas de emprego. Dentre os entrevistados, 79% já trabalhavam na área, 32% já haviam recebido proposta de emprego, e 43% achavam que já estariam empregados ao término do primeiro semestre após a conclusão do curso. Isso denota preparação e otimismo por parte desses futuros profissionais.

No que se refere à titulação dos sujeitos da pesquisa vimos que todos os profissionais procuram se qualificar para poder prestar uma boa assistência à população. Segundo Oliveira (2009) destacou em estudo a relevância da qualificação profissional pelos profissionais de enfermagem através da fala de um desses profissionais, ao destacar que na prática profissional ainda são valorizadas as ações tecnicistas, pois a formação era voltada para essas questões. Atualmente, além da competência técnica, a enfermagem busca consolidar-se enquanto ciência, baseada no cuidado humano.

Sobre a percepção dos enfermeiros acerca do câncer de próstata viu-se que todos os profissionais (100%) responderam de forma clara e coerente ao questionamento. Espera-se que a enfermeira funcione como “professora” para os outros membros da equipe, assim como para os pacientes. Para tanto, é necessário que ela tenha domínio científico sobre a patologia, conhecendo seu modo de desenvolvimento e as medidas que podem ser adotadas para o tratamento e o conforto do paciente (MAGALHÃES; GUIMARÃES; AGUIAR, 2004).

No tocante às orientações repassadas sobre o câncer de próstata percebeu-se uma prevalência de informações sobre a sintomatologia da doença bem como a relevância do diagnóstico precoce.

De acordo com Brasil (2008) para a atenção à Saúde do Homem estão informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem.

Com relação às dificuldades para levar a população masculina à unidade de saúde, os profissionais entrevistados relataram que as principais relacionam-se à falta de tempo por parte destes em procurar a unidade durante o dia, a falta de esclarecimentos acerca do modo de prevenção do câncer de próstata e, principalmente, o preconceito masculino com o exame de toque retal, fundamental à detecção precoce do câncer de próstata.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) desenvolveram um estudo com homens de diferentes níveis de escolaridade

buscando compreender as razões para a baixa procura da população masculina aos serviços de saúde. A primeira explicação relaciona-se à associação do cuidar ao âmbito feminino; outra ideia relevante está na falta de tempo dos homens em procurar o serviço de saúde, tendo em vista que o homem é geralmente o provedor financeiro da família e precisa trabalhar durante o dia.

No tocante à capacitação para trabalhar a Saúde do Homem, viu-se que os 8 (100%) enfermeiros nunca receberam capacitações. Tal dado denota a fragilidade da assistência de enfermagem prestada, tendo em vista que infelizmente os profissionais entrevistados não receberam nenhum tipo de qualificação para trabalhar com esta população. Como consequência, a população masculina fica desprovida de cuidados adequados e específicos.

De acordo com Silva *et al.* (2012), uma estratégia possível de ser adota seria a qualificação da porta de entrada, voltada para o acolhimento e a resolutividade desdobrando-se na construção de uma rede de atenção à saúde eficaz.

Sobre a realização do exame de toque retal pelas equipes das unidades de saúde percebeu-se que 75% (6) dos entrevistados afirmaram não haver a realização do exame de toque retal na unidade; os outros 25% (2) afirmaram que o médico realiza o exame na unidade.

Nessa questão retomamos ideias aqui já discutidas, tendo em vista que as carências estruturais e organizacionais presentes nas estratégias de saúde do homem adotadas pelo município impossibilitam uma realização mais satisfatória do exame de toque retal nas unidades de saúde, o que implica na diminuição da demanda das referidas unidades.

Os exames de rastreamento para o câncer de próstata são com certeza, a etapa mais importante do tratamento do mesmo, principalmente em países em desenvolvimento, pois é nessa fase inicial da doença que se tem a oportunidade de oferecer aos homens um método de tratamento eficaz e mais barato, contribuindo para a manutenção da qualidade de vida (LOPES; LEAL, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa possibilitou identificar que todos os profissionais envolvidos sabem definir o câncer de próstata de forma clara e coerente, repassam orientações necessárias sobre prevenção e apontam às dificuldades enfrentadas em relação aos homens freqüentarem a unidade de saúde, os enfermeiros relataram não ter nenhuma capacitação para executar a saúde do homem e não tem um local apropriado para executar a saúde do homem e não tem um local apropriado para realização do toque retal.

Diante do estudo o objetivo foi satisfatório e é de suma importância que o profissional procure estar sempre se atualizando, buscando novos horizontes, o mais importante para a equipe, e, em particular a figura do enfermeiro é interferir no estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a prática de informação adequada junto aos homens, contribuindo para que eles venham a participar da promoção de sua saúde.

Espera-se que a enfermagem possa avançar na qualidade

da assistência aumentando a oferta de ações de saúde para este público, de forma a construir o alicerce de um lugar de apoio para os homens, em que possam buscar os recursos para a

proteção da saúde, centrada em premissa como acolhimento, informações, suporte para enfrentar seus sofrimentos e exercer seus direitos.

R E F E R Ê N C I A S

- ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. **A Atuação do enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a satisfação profissional**. CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais, 2009.
- BEZERRA, M. A. C. **Concepções de usuários acerca do acesso aos serviços de atenção primária e ações preventivas do câncer de próstata**. Monografia Curso de Bacharelado em Enfermagem. Faculdade Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Brasília- DF, 2008 (B).
- BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. **O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP**. Rev Esc Enferm USP, 2006.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. **Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de câncer no Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
- LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. Z. **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira**. Cadernos pagu, 2005.
- MANARIN, A. P.; BORTOLETO, C. B.; FERREIRA-SAE, M. C. S. **Perspectivas do egresso de enfermagem frente ao mercado de trabalho**. Ensaio e ciência: C. biológicas, agrárias e da saúde, 2009.
- MAGALHÃES, C. R.; GUIMARÃES, E. C.; AGUIAR, B. G. C. **O perfil do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós-operatório**. R. de Pesq.: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1/2, p. 115-119, 1./2. sem. 2004.
- MOHALLEM, A.C; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem Oncológica**. Barueri- SP: Manole, 2007.
- OLIVEIRA, N. A. **Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009.
- SILVA, P. A. S. et al. **A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde**. Esc Anna Nery, 2012.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico - cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro - RJ: Guanabara Koogan, 2008.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico - cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Data de recebimento para publicação: 18.01.2013. - Data de aprovação do trabalho: 19.02.2013.

Parasitismo Intestinal em Manipuladores de Alimentos de Escolas Públicas

Parasitism Bowel in Food Handlers of Public Schools

Michelle Lino de Lucena¹

Nicácia Rosanea Messias da Rosa²

Malba Gean Rodrigues de Amorim³

RESUMO: As enteroparasitoses constituem um importante problema de saúde pública, onde a maioria são transmitidas através da ingestão de água, alimentos contaminados com ovos de helmintos e cistos de protozoários, e também através do contato pessoa a pessoa por meio das mãos sujas e manipulação inadequada dos alimentos. O presente estudo teve como objetivo investigar a frequência de parasitismo intestinal em manipuladores de alimentos de escolas públicas. O estudo foi do tipo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, sendo realizado com 20 manipuladores de alimentos, de sete escolas públicas localizadas no sertão paraibano. As amostras fecais dos manipuladores foram colhidas em coletor universal, identificadas e processadas através da técnica de sedimentação espontânea, no Laboratório de Análises Clínicas, das Faculdades Integradas de Patos– FIP. Das 20 amostras analisadas, 10 (50%) apresentavam cistos de parasitos, sendo a maior frequência para *E. nana* (80%), *E. coli* (30%), *E. histolytica* (20%) e *G. lamblia* (10%). Verificou-se que dos 10 manipuladores infectados, 60% apresentavam monoparasitismo. Com relação ao número de manipuladores infectados de acordo com a prática de higienização dos alimentos, observou-se que a maioria dos manipuladores parasitados já havia realizado exames laboratoriais (58,3%), participaram de cursos de capacitação (61,5%) e possuíam o hábito de lavar as mãos antes de manipular os alimentos. Conclui-se neste estudo que a maioria dos manipuladores de alimentos que participaram da pesquisa estavam infectados por enterocomensais, sugerindo que estes parasitos podem ser adquiridos através da contaminação da água ingerida ou da falta de bons hábitos de higiene pessoal desses profissionais.

UNITERMOS: Enterocomensais. Higiene Sanitária. Crianças.

ABSTRACT: *The parasitic infections are a major public health problem, especially in children under school age. These diseases are mostly transmitted through water and food contaminated with eggs and cysts of protozoa and helminths, contamination can occur in children in school environment through the improper handling of foods offered in school meals. The present study aimed to investigate the frequency of intestinal parasites in food handlers in public schools. The study was a descriptive exploratory quantitative approach, being conducted with 20 food handlers from seven public schools located in the backlands of Paraíba. Fecal samples were collected from handlers in universal collection, identified and processed using the technique of sedimentation in the Clinical Laboratory, Faculdades Integradas de Patos-FIP. Of the 20 samples analyzed, 10 (50%) had cysts of parasites, with the highest frequency for *E. nana* (80%), *E. coli* (30%), *E. histolytica* (20%) and *G. lamblia* (10%). It was found that the 10 infected handlers, 60% had monoparasitism. Reconding the number of infected food handlers according to food hygiene practice, we found that most infected handlers had conducted laboratory tests (58.3%) participated in training courses (61.5%) and had the habit of washing hands before handling food. We conclude from this study that the majority of food handlers who participated in the survey were infected enterocomensais, suggesting that these parasites can be acquired through contaminated water ingested or lack of good personal hygiene habits of these professionals.*

KEYWORDS: *Enterocomensais. Sanitary Hygiene. Children.*

1. Artigo extraído do trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de Bacharel em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos- Fip, Patos, Paraíba.

2. Graduanda do Curso de Bacharelado em Biomedicina, Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil.

3. Graduanda do Curso de Bacharelado em Biomedicina, Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil.

4. Médica Veterinária pela Universidade Federal de Campina Grande, Mestre em Medicina Veterinária (Parasitologia), professora nas Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil.

INTRODUÇÃO

As Doenças Transmitidas por alimentos (DTAs) vêm se tornando frequentes nos últimos anos, principalmente em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos (SILVA JR, 2007), estas são atribuídas à ingestão de alimentos e/ou água contaminada por agentes de origem biológica (fungos, vírus, bactérias e protozoários), física, química ou pela produção de toxinas por determinados agentes, cuja presença em determinadas concentrações podem afetar a saúde humana (WELKER *et al.*, 2010).

Essas doenças, na maioria das vezes, são transmitidas durante a manipulação dos alimentos, uma vez que os manipuladores representam uma classe de grande importância no que diz respeito a medidas de controle da contaminação dos produtos alimentícios; isto é justificado pelo fato do homem ser o principal elo da cadeia de transmissão da contaminação microbiana dos alimentos (NOLLA; CANTOS, 2005; CASTRO *et al.*, 2011).

Esses fatores contribuem para a disseminação de cistos, ovos e larvas de diversos protozoários e helmintos através da transmissão direta, pessoa a pessoa principalmente em ambientes fechados como presídios, escolas, creches, e asilos. (MACHADO *et al.*, 1999).

O parasitismo intestinal ainda se constitui um dos mais sérios problemas de Saúde Pública no Brasil, principalmente pela sua correlação com o grau de desnutrição das populações, afetando especialmente o desenvolvimento físico, psicossomático e social de escolares (FERREIRA; ANDRADE, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2007), ainda assim, ressalta-se a escassez de estudos que se objetivem a elaborar medidas preventivas por parte das autoridades responsáveis (TAKIZAWA *et al.*, 2009).

A fim de melhorar ou manter a saúde dos alunos das escolas públicas no Brasil, têm se dado bastante atenção a uma alimentação saudável através da ingestão de frutas, legumes e hortaliças. No entanto, para que os alimentos possam ser considerados saudáveis, é necessário que a sua preparação seja feita dentro dos padrões de higiene.

Na ausência de um manejo higiênico adequado, surge o risco de comprometimento da saúde da população, podendo acarretar em morbidade e até mesmo levar ao óbito, quando associados a espécies de microrganismos como: fungos, bactérias, protozoários e helmintos.

Os profissionais que manipulam alimentos em restaurantes, asilos, creches, e escolas podem muitas vezes são pacientes assintomáticos, servindo de fonte de infecção e disseminando estes parasitos através da manipulação inadequada dos alimentos, o que torna essencial a investigação sobre as infecções parasitárias entre os manipuladores de alimentos. Assim o presente estudo tem como objetivo investigar a frequência de parasitismo intestinal entre os manipuladores de alimentos das escolas públicas no sertão paraibano.

METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo descritiva exploratória com abordagem quantitativa, onde foi desenvolvida no período de

agosto a setembro de 2012 em sete escolas públicas localizadas nos municípios de Patos e São Mamede, ambas no estado da Paraíba.

Para a execução do trabalho foram selecionados 20 manipuladores de alimentos que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de idade, trabalhar na função de manipulador de alimentos por no mínimo 6 meses e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. Foram excluídos da pesquisa os manipuladores que executavam outras atividades e que estavam fazendo uso de antiparasitários durante a coleta.

Foram fornecidos aos participantes coletores e instruções sobre a forma de realizar a coleta do material fecal. Após a coleta, as amostras fecais dos manipuladores foram encaminhadas ao Laboratório de Análises Clínicas, setor de Parasitologia, Faculdades Integradas de Patos, onde foram processadas através do método de Hoffman, Pons e Janer (1919), ou método de sedimentação espontânea. Foram confeccionadas duas lâminas de cada amostra, dando uma maior confiabilidade aos resultados, e analisadas em um microscópio óptico, nas objetivas de 10x e 40x. Utilizou-se solução de Lugol para diferenciação morfológica dos ovos dos helmintos, cistos e trofozoítos de protozoários. A liberação dos laudos e seus resultados foram de inteira responsabilidade do laboratório e de seus profissionais.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e aprovado com o N° de certidão 140-2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados expostos na Tabela 1, observa-se que dos 20 manipuladores investigados, 10 (50%) estavam infectados por parasitos intestinais. Todos os manipuladores infectados pertenciam ao sexo feminino, com faixa etária entre 42 a 51 anos (40%).

O trabalho de manipulação de alimentos, principalmente em escolas e creches, na maioria das vezes, é realizado por mulheres, o que justifica a sua total participação neste estudo. O hábito de muitas mulheres em usar unhas longas e sem luvas durante a manipulação dos alimentos pode ser considerado um fator favorável à contaminação da região subungueal e transmissão de enteroparasitos (TAKIZAWA *et al.*, 2009).

Outro fator importante para a transmissão das enteroparasitoses é o hábito de não usar os EPIs (Equipamentos de proteção individual) necessários para a realização do trabalho com alimentos, como o uso de avental, sapatos fechados e luvas. Além disso, em algumas escolas os números de manipuladores muitas vezes é insuficiente para a demanda de refeições elaboradas diariamente, sendo comum auxiliares de serviços gerais ajudarem na manipulação dos alimentos, sem ter passado por nenhum treinamento ou capacitação profissional (BOTEGA *et al.*, 2010).

Com relação à idade, 40% dos manipuladores infectados eram adultos e segundo Martinelli e Silva (2007), adultos supostamente apresentam maior resistência imunológica, diferentemente de crianças, idosos e gestantes, os quais têm seu sistema de defesa imaturo ou enfraquecido (devido doenças) ou deprimido (devido a tratamentos prolongados). Em um estudo

realizado por Nolla e Cantos (2005), sobre prevalência de enteroparasitoses em manipuladores de alimentos em Florianópolis (SC), foi constatado um elevado grau de parasitismo em dois grupos distintos com diferentes idades. Os autores então concluíram que a idade não está relacionada ao índice de parasitismo.

Tabela 1 - Frequência de manipuladores parasitados de acordo com os dados sócio-demográficos (n=10).

VARIÁVEIS	NÚMERO DE MANIPULADORES PARASITADOS	FREQUÊNCIA %
Gênero		
Feminino	10	50
Masculino	00	00
Faixa Etária		
18 a 25 anos	01	10
26 a 33 anos	01	10
33 a 41 anos	03	30
42 a 51 anos	04	40
Acima de 50 anos	01	10
Grau de escolaridade		
Alfabetizado	01	10
F. Incompleto	02	20
F. Completo	01	10
E. M. Incompleto	00	00
E. M. Completo	06	60
Renda Familiar		
1 até 3 salários	09	90
3 até 6 salários	01	10
Estado Civil		
Solteiro (a)	02	20
Casado (a)	06	60
Divorciado (a)	02	20
Tempo de Serviço		
06 meses	02	20
01 ano	01	10
Acima de 1 ano	07	70

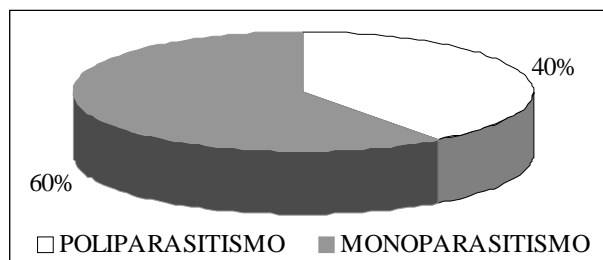
Quanto ao grau de escolaridade, os manipuladores apresentam uma porcentagem de 60% para ensino médio completo (Tabela 1). Segundo Costa et al (2009), fatores sócios demográficos, como o grau de escolaridade por exemplo, associam-se intrinsecamente às doenças parasitárias, especialmente por estarem relacionadas a inadequadas condições de higiene, diferentemente do que foi observado no presente estudo, pois os manipuladores infectados possuem um bom nível de escolaridade.

Na tabela 1, pôde-se observar que 90% dos manipuladores vivem com uma renda salarial que varia de uma a três salários mínimos, sendo a maior parte casada (60%), e com um tempo de serviço acima de 1 ano (70%). De acordo com Capuano et al (2008) as condições socioeconômicas e culturais estão relacionadas à ocorrência das doenças parasitárias, divergindo do presente estudo, já que as manipuladoras infectadas apresentavam uma renda familiar acima de um salário mínimo.

Analisando a dinâmica do parasitismo, observou-se que

dos 10 manipuladores infectados, 60% apresentaram monoparasitismo (Fig. 1). O relato da presença de apenas uma única espécie de parasito em material fecal tem sido mais frequente nos inquéritos parasitológicos (SILVA et al., 2005).

Figura 1 - Frequência de parasitoses intestinais em manipuladores de alimentos em escolas públicas no sertão Paraibano.



Em um estudo realizado por Takizawa et al (2009), foi constatado que de 131 amostras positivas, a presença de uma única espécie de parasito foi evidenciada em 58,8%, e de mais de uma espécie em 41,2%. Em outro estudo realizado por Costa et al (2009), os resultados obtidos demonstraram uma maior prevalência para monoparasitismo, que ocorreu em 61,5% e o poliparasitismo em 38,5% semelhante ao observado nesta pesquisa.

O predomínio de monoparasitismo pode estar relacionado com a frequência com que o hospedeiro entra em contato com o meio contaminado e também pode ocorrer quando parasitos do mesmo nicho competem, podendo levar a exclusão de algumas espécies (ROUQUAYROL, 1999).

Obteve-se por análise pelo método de sedimentação espontânea, resultados dos parasitos mais frequentes nos manipuladores de alimentos. Na tabela 2, está descrito os parasitos mais frequentes e o percentual encontrado.

Tabela 2 - Frequência de enteroparasitos nos manipuladores infectados.

ESPÉCIE	NÚMERO DE MANIPULADORES INFECTADOS	%
<i>Endolimax nana</i>	08	80
<i>Entamoeba coli</i>	03	30
<i>Giardia lamblia</i>	01	10
<i>Entamoeba histolytica</i>	03	20

O encontro significativo de protozoários e a ausência de helmintos na presente pesquisa pode estar relacionado a diversos fatores, dentre eles, o fato de que os portadores assintomáticos de protozoos como giardiase e amebíase podem excretar os cistos durante semanas ou meses, os quais são bastante resistentes, permanecendo viáveis por longos períodos de tempo no meio ambiente, contaminando a água e os alimentos (SILVA et al., 2005). E também ao ciclo reprodutivo dos parasitos, uma vez que foi realizada apenas uma coleta de amostra.

Nesta investigação, utilizou-se o método de sedimentação espontânea que tem sido uma das técnicas mais utilizadas em inquéritos epidemiológicos, devido à sua eficiência

na detecção de um maior número de formas parasitárias, sendo também de execução simples e de baixo custo (SILVA et al., 2005), porém pode apresentar limitações para o diagnóstico de ovos de helmintos como cita Barreto (2006) e De Carli (2001).

Embora tenha sido adotado como critério de exclusão na presente pesquisa, manipuladores que estavam fazendo uso de antiparasitários durante a coleta, ainda assim vale ressaltar que existem automedicações restritas para helmintos, procedimento tal que não elimina protozoários e é contra indicado por levar à diminuição de imunoglobulinas e ao aparecimento de outras doenças, tais como asma, diabetes tipo I e doenças inflamatórias (NOLLA; CANTOS, 2005).

E. nana e *E. coli* foram as espécies mais prevalentes, com 80% e 30% (Tabela 2) respectivamente, o que está de acordo com outros estudos relacionados à pesquisa de enteroparasitos em manipuladores de alimentos (NOLLA; CANTOS, 2005; CAPUANO et al., 2008; REIS; CARNEIRO, 2007; TAKIZAWA et al., 2009).

Para entender melhor os fatores de risco das infecções parasitárias entre esses manipuladores de alimentos, vale se ressaltar a prevalência desses enterocomensais em relação aos enteroprototozoários patogênicos, visto que eles têm os mesmos mecanismos de transmissão fecal-oral, podendo servir como um bom indicador da relação entre as condições higiênico-sanitárias e possíveis infecções enteroparasitárias (TAKIZAWA et al., 2009). Embora não sejam considerados patogênicos, estes dados são preocupantes, principalmente porque se trata de grupos de

alto risco de transmissão, devido às atividades de manipulação de alimentos que realizam, além de indicar maus hábitos de higiene pessoal (NOLLA; CANTOS, 2005). Vale lembrar que todos os manipuladores entrevistados afirmaram lavar cuidadosamente as mãos antes de manipular alimentos.

A *E. histolytica* leva ao óbito anualmente cerca de 100.000 pessoas constituindo a segunda causa de morte por parasitose (NEVES, 2011). Um estudo bastante interessante foi o realizado por Reis e Carneiro (2007) em Morrinhos-GO, que investigaram a frequência de enteroparasitoses nos manipuladores de alimentos de escolas públicas. Os autores obtiveram resultados semelhantes ao do presente estudo, onde um dos protozoários com menor frequência foi *E. histolytica* com 6,25% de positividade.

Nesta pesquisa, o protozoário *G. lamblia* teve baixa ocorrência, pois os participantes da pesquisa que estavam infectados apresentavam, em sua maioria uma faixa etária relativamente elevada, de 42 a 51 anos. De fato, a literatura mostra que este parasito é encontrado principalmente em crianças com idade de 0 a 5 anos, e os adultos apresentam imunidade, não ocorrendo reinfecções. Menos de 20% dos casos de infecções intestinais pela *Giardia* nos adultos, apresentam sintomatologia (SILVA et al., 2005).

Na tabela 3, contempla-se a distribuição das amostras positivas para enteroparasitoses nos manipuladores de acordo com os dados relacionados à realização dos exames parasitológicos e com práticas de higienização dos alimentos.

Tabela 3 - Frequência de dados relacionados à pesquisa.

	Nº	Nº DE MANIPULADORES PARASITADOS		FREQUÊNCIA %
Faz exames médicos e laboratoriais parasitológicos? (Anualmente, semestralmente, outros).	Sim	12	07	58,3
	Não	08	03	37,5
Participa de algum programa de capacitação profissional relacionado à higiene pessoal e manipulação de alimentos?	Sim	13	08	61,5
	Não	07	02	28,5
Lava cuidadosamente as mãos antes da manipulação de alimentos?	Sim	20	10	50
	Não	00	00	00
Tem consciência que a falta de higiene pessoal pode transmitir doenças?	Sim	20	10	50
	Não	00	00	00

Dos 12 manipuladores que responderam realizar exame parasitológicos regularmente, 7 (58,3%), estavam infectados. Estes resultados sugerem, que mesmo sem sintomatologia, os hospedeiros podem eliminar cistos e ovos através das fezes durante longos períodos, constituindo-se, portanto uma boa fonte de infecção e assegurando a cadeia de transmissão dos parasitos intestinais (CAPUANO et al., 2008).

Embora os resultados em relação à frequência com que os manipuladores fizeram exames médicos e parasitológicos sejam discretamente satisfatórias, há, ainda, a necessidade da implementação de medidas habituais de vigilância epidemiológica para a realização periódica de exames parasitológicos e o tratamento específico, que devem refletir na melhora da qualidade do serviço prestado a população, na redução e prevenção das doenças transmitidas por alimentos (TAKIZAWA et al., 2009). Neste estudo, verificou-se que 61,5% dos manipuladores participaram de programas de capacitação profissional

relacionado à higiene pessoal e manipulação de alimentos (Tabela 3).

Além da fiscalização, é im-prescindível que o serviço sanitário municipal institua programas de treinamentos, conscientização e capacitação nas boas práticas de manipulação, noções de higiene pessoal e ambiental e informações sobre os fatores de risco na preparação dos alimentos que podem afetar a saúde dos consumidores, incluindo conhecimentos sobre a legislação sanitária (CAPUANO et al., 2008; BOTEGA, et al., 2010).

Esses programas são importantes, pois auxiliam na escolha do procedimento a ser adotado durante o preparo das refeições, já que o manipulador de alimentos é determinante na contaminação, pois está em contato mais próximo com o alimento, e muitas vezes apresentam atitudes insatisfatórias em relação aos cuidados higiênico-sanitários (NOLLA; CANTOS, 2005).

Observou-se que todos os manipuladores lavam as mãos

antes de realizarem a manipulação dos alimentos (Tabela 3), resultado que diverge com o de Botega *et al* (2010) que visando capacitar servidores responsáveis pela alimentação e limpeza de escolas estaduais em municípios da região central do estado do Rio Grande do Sul, identificou que de 64 servidores, apenas 45,3% lavam as mãos corretamente.

A lavagem das mãos é considerada como uma das principais medidas para reduzir a quantidade de microorganismos, melhorando assim a segurança alimentar. Algumas providências como, a implementação dos POP's (Procedimento Operacional Padrão) seria uma medida de baixo custo que poderia melhorar, aperfeiçoar, e até, tornar-se um hábito, por exemplo, a prática de higienização das mãos dos colaboradores (SILVA JR, 2007; CASTRO *et al.*, 2011).

A conscientização do manipulador poderia levá-lo a exercer seu trabalho com mais responsabilidade e ética, beneficiando os consumidores que teriam uma oferta de alimentos mais seguros e de melhor qualidade. (SILVA *et al.*, 2005).

Nesse estudo, os resultados obtidos em relação à consciência dos manipuladores a respeito dos riscos da transmissão de doenças devido à falta de higiene foram satisfatórios (100%).

Um estudo realizado em 8 restaurantes típicos no Pelourinho, em Salvador (BA), revelou, durante o

questionamento sobre os conhecimentos dos manipuladores sobre os conceitos básicos de higiene, que 100,0% dos participantes conheciam e aplicavam esses conhecimentos, porém durante a pesquisa foi revelado que 25,0% dos mesmos não tomavam banho ao chegar no local de trabalho e nunca haviam feito nenhum exame médico e ainda, 40% deles faziam uso de adornos, como anéis, pulseiras e estavam com as unhas sujas (ANDRADE *et al.*, 2007).

De acordo com Castro *et al* (2011) cursos de capacitação e conscientização para os manipuladores, poderia promover a produção de alimentos mais seguros, sem riscos à saúde do consumidor.

CONCLUSÃO

Conclui-se neste estudo que, a maioria dos manipuladores de alimentos que participaram da pesquisa estavam infectados por enterocomensais, sugerindo que estes parasitos podem ser adquiridos através da contaminação da água ingerida ou da falta de bons hábitos de higiene pessoal desses profissionais. Esses dados demonstram que esses manipuladores constituem um grupo de risco na transmissão de enteroparasitos para os escolares, sendo necessário o aprimoramento da educação sanitária desses profissionais, por meio de cursos, palestras direcionadas para a qualidade e higiene dos alimentos.

R E F E R Ê N C I A S

- ANDRADE, L. L.; ARAÚJO, M. E. Q.; SANTOS, K.; DIAS, B. A.; SOUZA, G. M. D.; COSTA, L. D. N.; PEIXOTO, Y. D. S. Aplicação das boas práticas de higiene de manipuladores de alimentos de restaurantes típicos do Pelourinho. **Revista Higiene Alimentar**. São Paulo, v. 21, n. 150, p. 480-481, 2007.
- BARRETO, J. G. Detecção da incidência de enteroparasitos nas crianças carentes da cidade de Guaçuí- ES. **RBAC**. v.38, n.4, p.221-223, 2006.
- BOTEGA, A. O. ; GABBARDO, F. G. ; SACCOL, A. L. F. Capacitação em boas práticas com manipuladores da alimentação escolar da rede pública de ensino da região central do Rio Grande do Sul. **Promovendo a Saúde na Contemporaneidade: desafios de pesquisa, ensino e extensão**. Santa Maria, RS, 08-11 de junho, 2010.
- CAPUANO, D. M.; LAZZARINI, M. P. T.; JÚNIOR, E. G.; TAKAYANAGUI. Enteroparasitoses em manipuladores de alimentos do município de Ribeirão Preto- São Paulo, Brasil, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**: v. 11, n. 4, p.687-95, 2008.
- CASTRO, F. T.; BARBOSA, C. G.; TABAI, K. C. Perfil de manipuladores de alimentos e a ótica desses profissionais sobre alimento seguro no Rio de Janeiro (RJ). **Revista Brasileira de Economia Doméstica**. Viçosa: v.22, n.1, p.153-170, 2011.
- COSTA, S. S.; SILVA, B. F. P.; MORAIS, A. F. C.; WANDERLEY, F. S. Ocorrência de parasitas intestinais em material subungueal e fecal em crianças de uma creche no município de Maceió- Alagoas. **Pediatria**. São Paulo: v.3, n. 31, p. 198-203, 2009.
- DE CARLI, G. A. **Parasitologia Clínica: Seleção de métodos e técnicas de laboratório para diagnóstico das Parasitoses humanas**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- FERREIRA, G. R.; ANDRADE, C. F. S. Alguns aspectos socioeconômicos relacionados a parasitoses intestinais e avaliação de uma intervenção educativa em escolares de Estiva Gerbi, SP. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.38, n.5, p. 402-405, 2005.
- MACHADO, R. C.; MARCARI, E. L.; CRISTANTE, S. F. V.; CARARETO, C. M. A. Giardíase e helmintíases em crianças de creches e escolas de 1º e 2º graus (públicas e privadas) da cidade de Mirassol (SP, Brasil). **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 32, n.6, p. 697-704, 1999.
- MARTINELLI, C.; SILVA, P.P.O. **Avaliação microbiológica de produtos cárneos distribuídos aos pacientes em um hospital particular de Volta Redonda- Rio de Janeiro**. [Dissertação] Universidade federal do Rio de Janeiro, 2007.
- NEVES, D. P. Parasitologia humana. In: SILVA, E. F.; GOMES, M. A. **Amebíase: Entamoeba histolytica-Entamoeba díspar**. 12º ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011, cap. 15, p. 137, 546p.
- NOLLA, A. C.; CANTOS, G. A. Relação entre a ocorrência de enteroparasitoses em manipuladores de alimentos e aspectos epidemiológicos em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 21, n. 2, p.641-645, 2005.
- PINHEIRO, R. O; BREGUÊS, J. M. M.; BAPTISTA, S. C.; TEIXEIRA, J. L.; SILVA, G. M. S. Ocorrência de parasitas intestinais entre

crianças do pré-escolar de duas escolas em Vassouras, RJ. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 88, n. 2, p.98-99, 2007.

REIS, R. M. ; CARNEIRO, L. C. Indicador higiênico-parasitário em manipuladores de alimentos em Morrinhos, GO. **Estud. Biol.** v.68-69, n. 29, p. 313-317, 2007.

ROUQUAYROL M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 5ª edição Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SILVA JR., E. A. **Manual de controle higiênico-sanitário em serviços de alimentação**, São Paulo: Varela, 2007. 623p.

SILVA, J. O.; CAPUANO, D. M.; TAKAYANAGUI, O. M., JÚNIOR, E. G. Enteroparasitoses e onicomicoses em manipuladores de alimentos do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**: v.4, n.8, p. 385-92, 2005.

TAKIZAWA, M. G. M. H.; FALAVIGNA, D. L. M.; GOMES, M. L. Enteroparasitoses em materiais fecal e subungueal de manipuladores de alimentos, Estado do Paraná, Brasil. Maringá: **Acta Scientiarum Health Sciences**. v.31, n.2, p.89-94, 2009.

WELKER, C. A. D; BOTH, J. M. C; LONGARAY, S. M.; HAAS, S; SOEIRO, M. L. T;

RAMOS, R. C. Análise microbiológica dos alimentos envolvidos em surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA) ocorridos no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Porto Alegre: **Revista Brasileira de Biociências**. v. 8, n. 1, p. 44-48, jan./mar. 2010.

Data de recebimento para publicação: 23.01.2013. - Data de aprovação do trabalho: 19.02.2013.

temas em
saúde

Percepção de Mulheres na Estratégia Saúde da Família sobre Exame Citopatológico¹

Perception of Women in Family Health Strategy Pap smear

Igrides Idayala Pereira Gomes²

Tarciana Sampaio Costa³

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros⁴

Raquel Campos de Medeiros⁵

RESUMO: O câncer do colo do útero se configura como um problema que a saúde pública enfrenta, principalmente em decorrência da crescente exposição a fatores de riscos ambientais e da modificação de hábitos de vida da população. O objetivo proposto foi de Verificar a percepção das usuárias da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca do exame Citopatológico. Trata-se de um estudo de campo, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa realizado na Estratégia Saúde da Família no município de Piancó-PB. A população foi de 70 mulheres, enquanto que a amostra foi de 35 mulheres. O instrumento para coleta de dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturado, previamente elaborado pela pesquisadora, o procedimento para a coleta foi por meio de gravação com as entrevistas. Realizadas as entrevistas com as mulheres, foi possível observar que o sentimento encontrado, foi o medo, ansiedade pelo diagnóstico, vergonha em realizar o procedimento, contudo a amostra também relatou sentir-se bem em fazer este procedimento, por esta se cuidando. A assistência de enfermagem é de grande importância por influenciar de forma positiva na erradicação ou diminuição do número de casos de câncer do colo do útero, verificando desta forma que o papel delas é muito relevante neste aspecto. Portanto o presente estudo foi de grande importância para a realização desta pesquisa, uma vez que enfocamos a grande magnitude de se prevenir contra o câncer de colo do útero.

UNITERMOS: Citopatológico. Percepção. Prevenção.

ABSTRACT: *Cancer of the cervix is configured as a public health problem that faces, mainly due to the increasing exposure to environmental risk factors and modification of lifestyle habits of the population. The proposed objective was to assess the perception of the users of the Family Health Strategy (FHS) on the Pap smear. This is a field study, a descriptive, qualitative approach held at the Family Health Strategy in the municipality of Piancó-PB. The population were 70 women, while the sample was 35 women. The instrument for data collection was a structured interview semi-structured, previously prepared by the researcher, the procedure for the collection was through interviews with recording. Following the interviews with the women, it was observed that the sentiment found, was fear, anxiety at diagnosis, shame on performing the procedure, but the sample also reported feeling good about doing this, this is caring. Nursing care is of great importance for a positive influence in the eradication or reduction in the number of cases of cancer of the cervix, thereby verifying that their role is very relevant in this respect. Therefore the present study was of great importance to this research, since we focus on the large magnitude of preventing cancer of the cervix.*

KEYWORDS: *Cytopathologic. Perception. Prevention.*

1. Artigo 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.

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Email:ires_ed@hotmail.com .

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

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

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

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero tem sido descrito como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que pode evoluir para uma lesão cancerosa invasora, em 10 a 20 anos. Assim, pode ser considerada uma neoplasia evitável devido à longa fase pré-invasiva, quando suas lesões precursoras podem ser detectadas, pela disponibilidade de triagem através do exame Citopatológico e pela possibilidade de tratamento eficaz das lesões (MULLER, 2008).

Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é responsável pelo óbito de aproximadamente 4.800 mulheres por ano, o número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil, no ano de 2012 é de 17.540, com risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2011).

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer do colo uterino têm se mostrado moderadamente altas, mas estáveis, a taxa em 1990 foi 4,9/100 mil e em 2007: 4,7/100 mil (Sistema de Informações sobre Mortalidade; <http://www.datasus.gov.br>, acessado em 13/abril/2012). Em 2007, na população feminina, a mortalidade proporcional do câncer de colo uterino foi de 12,86%, sendo que em 2007 causou a morte de 7,59% de mulheres. O câncer do colo do útero é a quarta causa de morte entre os óbitos por neoplasia na população feminina no Norte e Nordeste (INCA, 2011).

Contudo, as estratégias de prevenção primária pelo sistema público de saúde brasileiro ainda apresentam lacunas. Concorde-se com Vale et al. (2010) que esta prevenção tem sido realizada através de controles não relacionados com as normas estabelecidas, e sim com a procura ocasional dos serviços de saúde determinada por razões diversas que não o rastreamento do câncer do colo do útero. Essa modalidade tem sido designada de rastreamento oportunístico, e não tem sido eficiente em reduzir as taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero. O rastreamento oportunístico apresenta baixa cobertura, super-rastreia um pequeno grupo de mulheres e, portanto, é menos custo-efetivo (VALE, *et al.*, 2010).

De acordo com o mesmo autor, o rastreamento do colo do útero deveria seguir um conjunto de ações programadas, com população e periodicidade definidas, o que tem sido denominado de programa organizado. No Brasil, apesar de haver um programa de rastreamento do câncer do colo do útero, a taxa de mortalidade devido a esse câncer não tem reduzido. As normas preconizadas para o rastreamento desse tipo de câncer no país seguem a tendência universal de não incluir prioritariamente as mulheres com menos de 25 anos e as com mais de 60, sendo que o intervalo ideal entre os controles é trienal (VALE, *et al.*, 2010).

Em 1996, o Ministério da saúde, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), implantou o Programa Viva Mulher em âmbito nacional, objetivando a detecção precoce e o controle do câncer cérvico-uterino. Depois disso, foram definidos critérios para periodicidade, controle e surgimento das mulheres pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero (PNCC), cujas maiores dificuldades, no momento, estão relacionadas à continuidade da prevenção e à garantia de

tratamento e acompanhamento das mulheres que apresentam alterações citológicas (FERNADES; NARCHI, 2007).

Em 1998, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, visando a mobilização e busca ativa das mulheres alvo, coleta do exame Citopatológico do colo uterino e tratamento dos casos positivos de forma equitativa. O programa ressaltou a realização do exame Citopatológico em todas as mulheres com vida sexual ativa de tal forma que após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos um novo exame fosse feito (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a origem do Programa Saúde da Família (PSF) teve início em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para programar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

Em comunidades com a ESF introduzida, espera-se que os agentes comunitários de saúde (ACS), por intermédio da adstrição da clientela, estabeleçam vínculo entre a equipe de referência e as famílias, objetivando uma maior resolubilidade da atenção. No contexto do rastreamento isso possibilitaria a identificação e busca ativa das pacientes sob risco e sem controles (VALE, *et al.*, 2010).

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCU) foi estruturado com a meta de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais por esse câncer, através da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, além de disponibilizar tratamento e reabilitação. O Programa elegeu como método rastreador o exame de Citopatológico (colpocitologia oncológica) e elegeu a cirurgia de alta frequência (CAF) como método de tratamento das lesões intraepiteliais de alto grau, priorizando as mulheres com idades entre 35 e 49 anos e as que nunca haviam realizado o exame preventivo (CORREA; VILLELA, 2008).

O enfermeiro na atenção tem papel relevante na oferta da assistência integral, gerando promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; durante o tempo e frequência necessários, de acordo com as necessidades de cada paciente.

Além das atividades comunitárias, que podem ser realizadas pela equipe de saúde da família, o enfermeiro também pode instituir grupos educativos de coleta ou de resultados da colpocitologia na Unidade Básica de Saúde (USB) ou na Unidade de Saúde da Família (USF), abordando temática voltada a sexualidade, higiene íntima, prevenção de DST, prevenção do câncer ginecológico e técnica de coleta de exame (FERNADES; NARCHI, 2007).

Dentre as atividades do enfermeiro na atuação na Estratégia saúde da Família (ESF), destaca-se a prevenção do câncer do colo do útero. O enfermeiro deve, ainda, avaliar a presença dos fatores de risco na consulta de enfermagem à mulher

com vistas a realizar as intervenções necessárias e o acompanhamento mais frequente. Por fim, recomenda-se que, na consulta de retorno para o recebimento do laudo da colopocitologia, seja realizado procedimento de aconselhamento sobre DST e AIDS, antes de discutir o resultado e a conduta (FERNADES; NARCHI, 2007).

A coleta do exame normalmente não é doloroso, mas dependendo da mulher pode aparecer um desconforto durante o exame, que vai depender da sensibilidade individual da paciente. Antes da usuária fazer o exame ela tem que ser previamente orientada a não está menstruada, não ter relações sexuais ou fazer uso de duchas, medicamentos ou exames intravaginais (como por exemplo, a ultra-sonografia) durante as 48 horas que precedem o exame (BRASIL, 2006).

Tem também a realização do teste de Schiller que para Barros, Marin e Abrão (2002) consiste na aplicação de solução de lugol no colo uterino com finalidade de identificar alterações celulares, de acordo com a fixação do iodo nas áreas ricas em glicogênio. O teste será considerado negativo (iodo positivo) se houver a fixação tingindo o colo de coloração marrom (a tonalidade dependerá da concentração de glicogênio). Na ausência de glicogênio, o tecido permanecerá nacarado (branco), conseqüentemente não ocorrerá fixação do iodo e o teste será Schiller positivo-iodo negativo. Isto geralmente na presença de alterações celulares (células displásicas ou carcinomatosas), daí a importância de descrever no relatório do exame físico a área do colo uterino onde o teste de Schiller mostrou-se positivo.

METODOLOGIA

O presente estudo foi de campo, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada no Município de Piancó, pertencente à região do Sertão Paraibano, à uma distância de 391,9 km da capital João Pessoa.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), o município conta com uma população de aproximadamente 15.465 habitantes e encontra-se habilitado na gestão plena da Atenção Básica, pertencendo à 7ª Gerência Regional de Saúde. Possui 7 equipes de Saúde da Família cadastradas, sendo 4 da zona urbana e 3 da zona rural. A pesquisa foi realizada em uma das 4 ESF urbanas, sendo a escolhida a Fernando Vieira de Melo. A escolha do local para a realização deste estudo foi pelo o fato da mesma apresentar o número reduzido de mulheres procurando o exame de prevenção do Câncer do Colo do Útero.

A população ou universo da pesquisa é a totalidade de elementos distintos com determinada paridade nas características definidas para o estudo. Por sua vez, a amostra é uma pequena parte da população ou do universo em conformidade às regras. A população foi composta por 70 mulheres cadastradas na (ESF) em período de realização do exame Citopatológico. A amostra foi composta por 50% totalmente 35 das mulheres que agendar exame citológico no período da coleta de dados e que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: 1) Ter idade superior a 18 anos 2) Ser cadastrada da ESF de escolha. Critérios de exclusão: 1) Todas as mulheres que não se apresentarem no serviço durante

o período da coleta de dados. A análise dos dados foi realizada em duas etapas: inicialmente, analisaram-se os dados objetivos que descreveram as características sócio-demográficas dos participantes, estas foram apresentadas em tabelas e figuras, com descrições estatísticas, através de frequências absolutas e porcentagens. Para o processo de coleta de dados foram levadas em consideração as exigências contidas na Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Assim, os participantes foram assegurados quanto ao anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa da pesquisa

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, questionou-se às entrevistadas sobre a percepção das mesmas acerca do exame preventivo do Câncer do colo do útero. Identificou-se 3 categorias, sendo “Prevenção do câncer do colo do útero”, “Exame preventivo”, “Manutenção da saúde da mulher”.

Em relação à categoria “Prevenção do câncer do colo do útero”, das 35 mulheres 12 entrevistadas relataram que é um exame que vai visualizar o colo do útero e também previne uma patologia como o câncer do colo do útero e outras doenças. Conforme os seguintes depoimentos.

“É muito importante que agente se previne de várias doenças e principalmente o câncer do colo do útero” (E 35).

“Como a palavra prevenção, a gente está prevenindo um câncer no futuro, é uma doença muito grave” (E 19).

Observa-se a conscientização de que a prevenção do câncer do colo do útero por parte das usuárias de saúde é de grande importância, uma vez que as mesmas se prevenindo evitam ter uma doença sexualmente transmissível, bem como a possibilidade até mesmo de adquirir a própria patologia, contudo, a magnitude do problema é cada vez maior, embora exista campanhas para tal mobilização.

Segundo Correa e Villela (2008) o câncer do colo de útero (CCU) representa um importante problema de saúde pública em países em desenvolvimento, chegando a ser em algumas regiões o tipo de câncer mais comum na população feminina. A incidência desta doença depende da exposição a fatores de risco e da falta de efetividade de programas de rastreamento, para os quais o exame Papanicolaou tem se mostrado útil em reduzir a incidência e mortalidade por essa neoplasia.

De acordo com a categoria “Exame preventivo”, 16 entrevistadas afirmaram que é um exame muito bom onde você se sente mais segura em se prevenir e é uma forma de nos proteger de futuras doenças.

“É uma forma de prevenir contra doenças que podem vim acarretar no futuro” (E 11).

“É o cuidado que toda mulher deve se cuidar e é através deste exame” (E 10).

A prevenção é o primeiro ponto que deve ser levando em consideração, uma vez que salienta-se, que através de tal ação pode-se evitar inúmeros agravos a saúde, e as entrevistadas tendo plena consciência sobre tal aspecto favorece de forma positiva a assistência de enfermagem prestada ao público alvo, pois o papel de enfermeiro é realizar uma educação em saúde, informando-as sobre a grande importância de se prevenir e não

permitir que a instalação da doença do câncer do colo do útero ocorra na comunidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um programa do sistema de saúde brasileiro que tem como objetivo reorientar o modelo assistencial. Ao incluir na sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, por meio da expansão e qualificação da atenção primária, gera um cenário favorável à reorganização do modo de rastreamento do câncer do colo do útero (VALE *et al.*, 2010).

Em relação a categoria “Manutenção da saúde da mulher”, 6 entrevistadas relataram é um exame que serve para cuidar e visualiza a melhoria da saúde ginecológica da mulher.

“Para mim é um exame que visa a melhoria na saúde da mulher de forma geral” (E 21).

“É uma forma de proteção contra futuros problemas no sistema reprodutor feminino e na saúde da mulher” (E 34).

A assistência de enfermagem deve estar direcionado no sentido que deve ser exposto as inúmeras vantagens para realizar o exame, bem como a grande retirada de medos, vergonhas, e explica para elas que o exame de prevenção é simples e muitas vezes não causa nenhum desconforto, e sempre fazendo-as refletir que elas devem ter medo de adquirir a doença e jamais de procurar atendimento com objetivo de cuidar da sua própria saúde.

A esse respeito Pelloso *et al.*, (2004) afirmam que além da importância para a saúde da mulher o exame de prevenção do câncer cervico uterino é um procedimento importante de detecção precoce de lesões pré- invasivas.

Questionou-se sobre a realização do exame citopatológico anualmente, das entrevistadas 22 (63%) afirmam que realiza o exame anualmente, enquanto que 13 (37%) negaram realizar o exame.

O dado estudado é satisfatório, uma vez que a maioria afirma realizar o exame citológico, bem como a importância de ser feito anualmente para a prevenção adequada do câncer do colo do útero. Nessa perspectiva, ressalta que o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana. Por ser o cuidado essencial, não pode ser suprimido nem descartado. Há os que têm cuidado em demasia consigo mesmo, preocupam-se demais.

É recomendado 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)

Quando questionadas sobre o porquê da não realização do exame, as 13 mulheres responderam que sentem vergonha, que a realização do exame causa desconforto, ainda relataram que o descuido e a falta de tempo era um fator que as impedia de se prevenir, a falta de conhecimentos quanto a histerectomia, onde ela pensava que por já ter feito tal procedimento cirúrgico não seria necessário realizar os exames do jeito das demais mulheres.

A falta e compreensão da importância da realização do exame Citopatológico por um segmento de mulheres, constitui um desafio para os serviços e saúde, pois tem limitado o acesso rastreamento o câncer do colo do útero principalmente daqueles considerado o maior risco (PINTO; FRANÇA; SCHAIBER; OLIVEIRA; 2003).

Na terceira questionou-se a importância da realização

desse exame. Identificou com 1 categoria “Prevenção”.

De acordo com a categoria “Prevenção” elas relataram que realizar o exame Citopatológico é importante tanto na prevenção do câncer como na de outras doenças.

“É o exame que tem por objetivo identificar alguma alteração e prevenir e detectar o câncer precocemente” (E,12).

“É importante para avaliar a saúde, prevenir se tiver alguma doença para tratar logo no início” (E,18).

Partindo deste conceito, observa-se que todas conhecem a importância em realizar o exame, o que certamente provém que não tem falha na prevenção.

A colpocitologia oncótica ou Papanicolaou consiste em um método manual realizado por profissionais enfermeiros e médicos que permite a identificação de células sugestivas de pré-invasão até lesões malignas, através de coloração multicromática de lâminas contendo células cervicais esfoliadas (JORGE *et al.*, 2011).

Ainda conforme o pensamento dos autores supracitados, o exame é realizado oportunamente nas consultas de planejamento familiar, pré-natal, ginecológica e outras. Geralmente, é realizado nas mesmas mulheres que frequentam os serviços de saúde, o que não diminui, significativamente, a incidência do câncer do colo uterino, apesar de este tipo de câncer ser uma das poucas afecções malignas, com história natural conhecida, que dispõe de uma política internacional para detecção de forma precoce e erradicação do câncer do colo do útero.

Na quarta questionou-se o sentimento durante a realização do exame. Identificou 3 categorias “Medo e Vergonha, Nervosismo, Ausência de sentimento”.

O maior sentimento percebido no relato das mulheres que fazem o exame de prevenção de forma é o “Medo e Vergonha”, 15 entrevistadas relataram que durante a realização do exame se sente um pouco de medo e acha um exame muito desconfortável.

“Apesar de ser casada, eu nunca tive coragem de fazer esse exame” (E 12).

“O sentimento é que eu estou fazendo algo de bom para mim mesmo, e eu só sentir vergonha na primeira vez, já mim acostumei e quando agente está fazendo com uma pessoa de responsabilidade se sente mais à-vontade” (E 16).

O medo e vergonha esteve presente nas mulheres antes, durante e após a realização do exame, pode-se dizer que o medo e vergonha é um sentimento inquietação diante de um perigo real ou imaginário.

De acordo com Myra e Lopez 2002, compeendem que o medo e vergonha agem como sinal condicionante e antecipa dor e sofrimento, caso tome proporções altas. O medo desencadeado a partir de uma situação concreta, presente e maléfica. Alguns relatos evidenciaram que o medo está relacionado ao exame, propriamente dito e á expectativa de terem algum problema e saúde.

Em seguida apresenta a categoria “Nervosismo” onde 6 entrevistadas relataram o nervosismo é acima de tudo durante a realização do exame, porque é constrangedor a posição.

“Ansiosa com o resultado e constrangedora a posição” (E 19).

“Fico nervosa porque é um sentimento desconfortável,

mas de muita utilidade, devido a importância do exame” (E 30).

A falta de informação em muitos casos funciona como indutor de nervosismo, ansiedade, conforme explicitado nos depoimentos, independentemente da idade e do nível de instrução.

Compreendemos que o nervosismo existe, pois é lastimável e sofredor saber que se está com alguma doença principalmente o câncer cérvico uterino. Para Sontag 2002, o câncer nunca foi visto senão com o flagelo; metaforicamente, é barbárie dentro do organismo.

De acordo com a categoria “Ausência de sentimento”, 14 entrevistadas relataram que não tem dificuldade durante a realização do exame.

“Não sentir nada, eu fiquei a vontade” (E14).

“Não sentir nenhum constrangimento” (E29).

A principal estratégia utilizada para detecção precoce da doença no Brasil é através da realização do exame Citopatológico preventivo do câncer do colo do útero, conhecido popularmente como exame de Papanicolaou. O exame pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais capacitados para realizá-lo.

Cada mulher é um ser único e possui sua própria singularidade e compreensão sobre o contexto que envolve o exame Citopatológico. Um procedimento, a princípio simples aos olhos do profissional, pode ser percebido pela mulher como uma experiência agressiva, tanto física quanto psicologicamente, pois a mulher que busca o serviço traz consigo suas bagagens social, cultural, familiar e religiosa (JORGE, *et al.*, 2011).

Na quinta, questionou-se às entrevistadas sobre as dificuldades enfrentadas para realizar o exame Citopatológico. Identificou-se 3 categorias sendo, “Tempo limitado”, “Sem dificuldades”, “Vergonha”.

De acordo com a categoria “Tempo limitado”, das 35 mulheres, 8 entrevistadas afirmaram, que não tem tempo devido o trabalho.

“A minha dificuldade, a distância de vim, porque eu moro no sítio” (E,25).

“Eu estou com vontade de fazer mais o tempo não deixa trabalho bastante” (E,35).

A falta de tempo está expressa nos depoimentos supracitados das entrevistadas, visto que merece uma atenção mais individualizada devido ao papel que a mulher tem hoje na sociedade, para ir a uma consulta elas precisam se ausentar ou faltar o trabalho.

Em relação ao Programa de Saúde da Família relacionado ao câncer do colo do útero, apesar da melhora do acesso das mulheres após a implantação do programa, essa ainda não é suficiente, pois as pacientes demoram muito para agendar. Além disso, há falhas na contra-referência, e a visão do serviço de referência ainda é aquela em que a paciente só busca o atendimento quando surge um problema, sendo necessária ainda, a busca ativa dos casos (BOTTARI, VASCONCELLOS, MENDONÇA, *et al.*, 2008)

Em relação a categoria “Vergonha e Medo”, das 35 mulheres, 9 entrevistadas relataram, que as dificuldades enfrentadas é a vergonha e o comodismo que sentem durante o

exame.

“Eu sinto a necessidade de realizar o Citopatológico, mas a dificuldade que sinto é o medo e timidez” (E,12).

“Muitas vezes o comodismo e também o receio as vezes do profissional e também a detecção de alguma doença” (E,30).

Além da vergonha de mostrar o corpo, algumas mulheres manifestaram desconforto durante a posição ginecológica, referindo-se ao fato de não se mostrarem despidas.

La Taille (2002) afirma que a vergonha se trata de um sentimento de maior importância tanto para se entender o ser humano de forma geral, quanto para compreender o seu juízo e comportamentos morais.

De acordo com a categoria “Sem dificuldades” das 35 mulheres 18 relataram não tem dificuldades de freqüentar a Estratégia Saúde da Família (ESF), para a realização do exame.

“Eu não tenho dificuldade, é porque fui 2 vezes e não tinha enfermeiro” (E 11).

A assistência de enfermagem pode contribuir informando sobre os procedimentos de como é realizado o exame de forma correta para que desta forma seja possível retirar o medo, a vergonha, bem como a falta de tempo.

Mesmo assim, é fato que usuárias das unidades de saúde da família também valorizam a prevenção e estão conscientes de que o auto cuidado é de suma importância para a manutenção de sua saúde (OLIVEIRA, PINTO, COIMBRA, *et al.*, 2007).

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 verificar uma os fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

Então foi possível observar que a amostra foi em sua maioria constituída por 25 a 35 anos, no que se refere ao estado civil são em sua maior prevalência sendo casadas, enquanto que a escolaridade foi encontrado sendo ensino médio completo. E a profissão apresentou bastante diversificada, dentre ela foi agricultora e outras.

A prevenção através da realização do exame do citológico ou Papanicolaou é muito importante sua execução por partes das mulheres, pois elas se prevenindo estão se cuidando representando desta forma amor por si próprio.

Após a realização do estudo, foi possível observar que o sentimento encontrado, foi o medo, ansiedade pelo diagnóstico, vergonha em realizar o procedimento, contudo a amostra também relatou sentir-se bem em fazer este procedimento, por esta se cuidado.

A realização do exame é relevante no que tange o âmbito da prevenção, ressaltando que a melhor forma de evitar os agravos de saúde, é por meio da promoção e prevenção em saúde, salientando que o exame do Papanicolaou serve para detecção precoce de câncer do colo do útero, ou qualquer outro tipo de infecção que a mulher possa vir a desenvolver.

A assistência de enfermagem é de grande importância por influenciar de forma positiva na erradicação ou diminuição

do número de casos de câncer do colo do útero, verificando desta forma que o papel delas é muito relevante neste aspecto.

Portanto, o presente estudo foi de grande importância para a realização desta pesquisa, uma vez que enfocamos a grande

magnitude de se prevenir contra o câncer de colo do útero, bem como os sentimentos das usuárias de saúde, bem como as principais dificuldades relatadas pela amostra estuda.

R E F E R Ê N C I A S

- BARROS, M. O.; MARIN, H. de F.; ABRÃO, A. C. F. de V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.
- _____, Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama** / Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da saúde, 2006.
- BOTTARI, C. M. S.; VASCONSELLOS, M. M.; MENDONÇA, M. H. M. câncer cervico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad. Saúde Pública** v. 24 Rio de Janeiro, 2008.
- CORREA, D. A. D.; VILLELA, W. V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 4, dez, 2008.
- FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**, São Paulo: Manole, 2007.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer, **Câncer do colo do útero**, disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326>. Acesso em Nov. 2011.
- 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.
- LA TAILLE I. **Vergonha, a ferida moral**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- MYRA, LOPEZ, E.; Os quatro gigantes da alma: o medo, a ira, o dever, o amor. Rio de Janeiro: José Olímpio; 2002.
- MULLER, D. K. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, Nov. 2008.
- OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C.; CAIMBRA, V. C. C. prática e significado da prevenção do câncer de colo uterino e a saúde da família. **Ver. Enfem. UERJ**, out./dez., 2007.
- OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 1, Mar. 2007.
- PELLOSO et al. **Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino**. Health Sciences, Maringá n.2, 2004.
- PINTO, A. de A.; FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do Câncer do Colo do Útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 3, n. 1, jan./ mar., 2003.
- PINTO, A.A.; FRANÇA JUNIOR I, SCHRAIBER, L. B. D.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolau no município de São Paulo. **Cad Saúde Publica**, 2003.
- SONTAG, S.; A doença como metáfora: Rio de Janeiro: 2002.
- VALE, D. B. A. P. do et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, fev., 2010

Data de recebimento para publicação: 23.01.2013. - Data de aprovação do trabalho: 19.02.2013.

A Mãe Vivenciando o Risco de Vida do Recém-Nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

The Mother Experiencing The Life-Threatening of The Newborn in Neonatal Intensive Care Unit

Kádina Denise dos Santos Sousa¹

Jalles Dantas de Lucena²

Hellen Maria Gomes Araújo de Souza³

Mary Anny Gomes Modesto⁴

Silvia Ximenes Oliveira⁵

RESUMO: Durante a gestação, a mãe constrói imagens, sonhos e esperanças em razão do seu filho que ela imagina com um rosto bonito, saudável, ativo e perfeito, mas muitas vezes, as mães são surpreendidas com o nascimento do filho que acaba necessitando permanecer na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), com isso seus sentimentos tornam-se diversos e intensos. O estudo objetivou observar os sentimentos de uma mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no município de Patos - PB. Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. De acordo com o estudo realizado a maioria das participantes está compreendida na faixa etária entre 16 e 20 anos (40%), 7 mães (70%) mantêm uma união estável (são casadas), com 5 entrevistadas (50%) com Ensino Fundamental e Médio Incompleto e, com renda inferior a um salário mínimo. Também foi observado nos relatos das mães os momentos difíceis vivenciados com a internação e separação dos seus RN, muitas vezes caladas, sem conseguir expor seus sofrimentos, onde as mesmas visualizam a importância da Equipe de Saúde no processo de cuidar e recuperação de seus filhos. Com base nessa realidade, ressalta-se a grande contribuição da enfermagem no estabelecimento de um cuidado humanizado e de qualidade ao binômio bebê-mãe/família.

UNITERMOS: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Recém-nascido. Enfermagem.

ABSTRACT: During the pregnancy, the mother builds images, dreams and hopes because of her child and imagines him with a beautiful face, healthy, active and perfect, but often, some mothers are surprised by the birth of a child that needs to stay in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), so their feelings becomes several and intense. The study aimed to observe the feelings of some mothers who experienced the life-threatening of the newborn in Neonatal Intensive Care Unit (NICU), in the city of Patos-PB. This is a descriptive exploratory study with qualitative approach. According to the study, results showed predominantly among the ages of 16 to 20 (40%), 7 mothers (70%) are married, 3 (30%) have incomplete Primary Education, 6 (60%) did not mention their professions, 5 (50%) have incomes below the minimum wage. Regarding the objectives of the study, the reports of hard moments that some mothers experience are consistent, because they often keep quiet, unable to expose their sufferings; It shows how the mothers see the Health Team in the process of caring for their babies, where they have a sense of the importance of their contribution to the recovery of their newborns. This study allowed us to understand how a family experiences the coming of a baby and show the difficulties and anxieties at this period. Based on this findings, we can contribute on determination of a humanized nursing care and quality for premature babies and for mothers.

KEYWORDS: *Cytopathologic. Perception. Prevention.*

1. Discente. Faculdades Integradas de Patos. Rua Mestre Quiterio, N°50, Bairro Centro, CEP: 56800-000, Afogados da Ingazeira - PE. Email para correspondência: kadina_@hotmail.com.

2. Enfermeiro. Faculdades Integradas de Patos.

3. Enfermeira. Faculdades Integradas de Patos.

4. Enfermeira. Faculdades Integradas de Patos.

5. Enfermeira. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Durante a gestação, a mãe constrói imagens, sonhos e esperanças em razão do seu filho que ela imagina com um rosto bonito, saudável, ativo e perfeito, mas muitas vezes, as mães são surpreendidas com o nascimento do filho que acaba necessitando permanecer na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), com isso seus sentimentos tornam-se diversos e intensos.

A separação do bebê de seus pais logo após o nascimento devido uma patologia ou complicações do parto, por exemplo, gera reações diferentes e imprevisíveis, especialmente quando esse bebê é internado em uma UTIN. Tal experiência representa aos pais um momento de muitas dúvidas e temor quanto ao prognóstico do filho. Separar uma mãe ou os pais, de seu bebê antes que eles estejam prontos para compartilhá-lo com outras pessoas podem diluir seu sentimento de competência e importância para com o bebê (RODRIGUES, 2009).

O nascimento de um filho idealizado pelos pais durante a gestação é um momento de muitas modificações e realizações. Com as primeiras manifestações de vida em seu útero, a futura mãe começa a imaginar como será o seu bebê, atribuindo-lhe características pessoais, passando a desenvolver, a partir deste momento, sentimentos de apego e amor que influenciarão por toda a vida da criança (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Sendo o ambiente da UTIN familiar para os profissionais de saúde, para os pais, é percebido como assustador, razão pela qual eles têm dificuldade de reconhecer o bebê como seu, pois durante a gravidez, os pais sonham com um bebê imaginário saudável, perfeito e lindo, no entanto, com o nascimento, encontram um contraste ao visualizarem o seu filho em um ambiente estranho e, que não fazia parte de seus planejamentos (RODRIGUES, 2009).

A assistência ao prematuro em UTIN tem passado por importantes transformações. Nesse contexto algumas intervenções têm sido recomendadas e implementadas nas unidades neonatais para instrumentalizar o trabalho da equipe de saúde, tais como: a liberação de visitas de outros membros da família, a permanência dos pais junto ao filho internado, a implementação de grupos de apoio aos familiares, o incentivo à participação da mãe no cuidado ao bebê e na tomada de decisão do tratamento, dentre outras.

Diante da importância que acerca o tema abordado, o interesse da pesquisa visando saber quais as experiências vivenciadas por mães com seus RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no município de Patos - PB, bem como sua contribuição no cuidado ao filho que se encontra em recuperação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Esta pesquisa foi realizada na UTI Neonatal da Maternidade Dr. Peregrino Filho no município de Patos-PB. Mediante 30 puérperas que pariram nos meses de agosto e setembro de 2012, neste nosocômio, a amostra foi constituída por 10 mães. Para coleta de dados o instrumento de

pesquisa utilizado foi um questionário, elaborado com perguntas objetivas e subjetivas.

Este estudo obedeceu à Resolução 196/96 CNS, sendo aprovado pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, de acordo com o Protocolo 133/2012.

As informações foram observadas através da análise temática, que avalia os significados das mensagens, elegemos essa técnica por permitir um enriquecimento da leitura das mensagens coletadas, procurando extrair e observar o conteúdo destas, para além de compreender o contexto no qual elas são vinculadas. Onde foi atribuído nomes de rosas para identificar a fala das mães, garantindo o anonimato das participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica da amostra.

VARIÁVEIS	N	%
Faixa etária		
16 – 20 anos	04	40
21 – 30 anos	03	30
31 – 40 anos	03	30
Estado civil		
Casada	07	70
Solteira	02	20
Outros	01	10
Nível de Escolaridade		
Não estudou	00	00
Ensino Fundamental Completo	01	10
Ensino Fundamental Incompleto	03	30
Ensino Médio Completo	03	30
Ensino Médio Incompleto	02	20
Superior Completo	01	10
Superior Incompleto	00	00
Profissão		
Estudante	01	10
Doméstica	03	30
Outras	06	60
Renda Familiar		
< que 1 salário mínimo	05	50
1 salário mínimo	04	40
> que 1 salário mínimo	01	10
TOTAL	10	100

Fonte: Dados da investigação, 2012.

Os dados da presente pesquisa expressos na tabela 1, revelam que a maioria das participantes do estudo estão compreendidas na faixa etária entre 16 e 20 anos (40%), seguindo respectivamente com 3 participantes (30%) nas faixas etárias entre 21 e 30 anos e 31 e 40 anos.

Segundo Ministério da Saúde (2004), aproximadamente 58,5 milhões da população brasileira é composta por mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos. Esta faixa etária representa 65% do total da população feminina no Brasil.

Em relação ao estado civil, observou-se que 7 mães (70%) mantém uma união estável (são casadas), 2 são solteiras (20%) e 1 (10%) convive com um companheiro, sem reconhecimento legal.

Em um estudo realizado na UTIN do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), os pais são os grandes, e às vezes os únicos, parceiros do recém-nascido dentro de uma UTIN, o que nos revela a grande importância da participação dos pais no tratamento do seu filho (MORCH, 1990).

Ainda de acordo com a Tabela 1, podemos observar que quanto a escolaridade, 1 (10%) das entrevistadas afirmam que possuem Ensino Fundamental Completo, 3 (30%) Ensino Fundamental Incompleto, 3 (30%) Ensino Médio Completo, 2 (20%) Ensino Médio Incompleto e 1 (10%) Ensino Superior Completo. Os dados demonstram a grande prevalência de mães que apresentam o ensino médio, mostrando que estas podem apresentar dificuldades para a compreensão de possíveis.

A educação em saúde da população é a base para a eficiência das ações estabelecidas, melhorando o conhecimento e entendimento de determinados fatores da vida por parte da população; sendo assim gera um melhor direcionamento da assistência/orientação na medida em que se utiliza uma linguagem compatível no entendimento a usuária de saúde, favorecendo o quadro de saúde do binômio mãe-filho. (FERRAZ; CHAVES, 1996).

Quanto a atividade ocupacional ou profissão exercida pelas mães, 6 (60%) não mencionaram suas profissões, 3 são domésticas (30%) e 1 estudante (10%).

As mulheres trabalham durante mais horas do que os homens, também são cuidadoras de outros membros da família, dispondo de pouco tempo para cuidar da sua própria saúde, prejudicando seu bem-estar, conseqüentemente suas condições de saúde assim como de seus filhos (BRASIL, 2007).

Observando a distribuição da renda familiar, 5 das participantes (50%) tem renda inferior a um salário mínimo, 4 (40%) têm renda referente a 1 salário mínimo e 1 (10%) tem renda maior que 1 salário mínimo.

Tal resultado vai de acordo com a literatura, que afirma que a renda é considerada elemento básico para a saúde da criança, por ser um indicador da disponibilidade de recursos e conhecimento e, portanto, sua pequena disponibilidade representa um fator contribuinte da mortalidade neonatal (FRANÇA, 2001).

REAÇÕES, SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS DAS MÃES RELATIVO AO BEBÊ E A INTERNAÇÃO

Condiz ao relato dos momentos difíceis que as mães vivenciam, muitas vezes caladas, sem conseguir expor seus sofrimentos. As mães referem ser este um momento desesperador triste e angustiante.

[...] Meus sentimentos são que ele vai ficar bom em breve. (Lilás)

[...] Minha expectativa é que meu filho melhore saia bem e com muita saúde. (Lotus)

O RN, ao ser separado da mãe após o parto, gera nesta sentimentos de angústia, medo, ansiedade e depressão que, se não forem tratados, estimularão um descomprometimento com o RN internado (KLAUS e KENNEL, 1993).

A partir disto, se esta mãe não for estimulada a ter um contato com o filho, seu sentimento materno sofre um “esfriamento”. Tal medo é agravado pelo fato de a UTI ser um ambiente hostil que provoca uma impressão de maior fragilidade do RN (FERREIRA; VIERA, 2003).

CONTRIBUIÇÃO DAS MÃES NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO INTERNO NA UTIN

Relata a contribuição das mães no cuidado aos seus filhos internos na UTIN, pois a maior preocupação era em garantir o leite materno, pois sabiam que este é o melhor alimento nesse momento.

[...] Em primeiro lugar retiro o meu leite para alimentá-la, visito ela cinco vezes ao dia e dou todo o meu carinho. (Magnólia)

[...] Eu dou meu carinho, atenção e dou meu leite a ele. (Violeta)

Klaus e Kennell (1993), ainda mencionam que os benefícios não são apenas para o RN, mas também para a mãe. O contato entre mãe e filho permite que as mães continuem produzindo leite, assumam os cuidados de seus filhos mais facilmente, reduzam o tempo necessário para o atendimento destes RNs, apresentem recuperação física da gravidez e parto mais rapidamente e reduzam seus sentimentos de inadequação.

IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DAS MÃES NA RECUPERAÇÃO DO BEBÊ

Apresenta relatos das mães quanto à opinião da participação delas junto aos seus filhos no processo de recuperação dos mesmos no período de internamento na UTIN, onde relatam que essa participação é benéfica para ambos e, acreditam que seus filhos sentem a presença delas quando estão próxima deles.

[...] Acho que a melhor presença é a da mãe na recuperação do filho. (Violeta)

[...] Com certeza, eu sou muito importante pra ele, a sim como ele é pra mim. (Jasmim Branca)

A recuperação do bebê não depende unicamente dos cuidados médicos e de enfermagem, mas também dos cuidados e do carinho que possa vir a receber de seus pais (RODRIGUES, 2009).

A presença dos familiares no acompanhamento diário na UTIN tem-se concretizado a cada dia em razão da proposta de humanização da assistência a essa clientela (RABELO et al., 2007).

PERCEPÇÃO DAS MÃES FRENTE À ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA UTIN PRESTADA AO BEBÊ

Mostra como as mães visualizam a Equipe de Saúde no processo de cuidar de seu filho, onde as mesmas têm uma ideia

da grande importância da sua contribuição para a recuperação do seu RN. Para elas, a equipe cuida, tira todas as suas dúvidas, e os bebês têm muito amor da parte deles.

[...] A assistência prestada é 100%, não tenho do que reclamar e sim a agradecer pelo que fazem por mim e pelo meu filho. (Margarida)

[...] Eles dão toda a assistência para o meu bebe, atenção e carinho porque de uma certa forma bebês são como filhos para todos lá. (Rosa Branca)

Algumas intervenções são importantes para promover a interação dos pais com o RN na UTIN, e a Equipe de Saúde é responsável por criar meios e estimular esta relação. Entre elas, mostrar o RN aos pais, após o nascimento, antes de transferi-lo para a UTI; explicar aos pais todo o equipamento envolvido no cuidado com o RN, informando sobre o que está ocorrendo. Nas visitas, procurar dirigir a atenção dos pais aos filhos, ao invés dos equipamentos, promover aos pais horários flexíveis de visita, incentivar os pais a trocarem o RN explicando a forma correta de fazê-lo sem o estresse do mesmo, explicar aos pais as formas de comunicação do RN, envolver os pais nos cuidados básicos, incentivar e promover o contato pele a pele assim que o RN esteja estável, incentivar o aleitamento, promover o envolvimento e o aprendizado dos pais nos cuidados mais complexos, incentivar os pais a caracterizar o ambiente do filho com fotos e adornos (TAMEZ; SILVA, 1999; FERREIRA; VIERA, 2003).

MEDO DA PERDA DO FILHO PELAS MÃES

Apresenta o temor das mães ao conviver com a incerteza de vida e morte de seu filho. Em algum momento, a maior parte das mães teve medo de perder seu bebê por algum motivo ou pensamento. Com o passar dos dias, semanas e meses as mães veem que seus bebês superam e vencem as dificuldades do período de internamento.

[...] Sim, principalmente quando ele teve 6 paradas cardiorrespiratória e meu guerreiro esta bem e se recuperando. (Margarida)

[...] Sim, mais eu confio em Deus que é o médico dos médicos. (Jasmim Branca)

Para os pais, a UTIN é um ambiente de esperança e de medo. Esperança por saber que este é um local preparado para atender melhor o seu filho e aumentar as chances de sobrevivida. Medo, por saber dos riscos inerentes aos pacientes que vão para este ambiente (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu desvelar a percepção da mãe frente à internação dos seus RNs, suas expectativas, medos, alegria e dúvidas. Os resultados revelam que a maior parte das mães apresentou muito medo em relação à internação na UTIN. Para a família vivenciar um filho internado, é um processo complexo associado a muito sofrimento. Constatou-se que as mães tiveram as mais variadas reações em relação ao internamento. O medo foi um elemento significativo, relatado por diversas mães. Este se manifestou como temor de possíveis consequências ao bebê em razão do internamento, o medo de perder o bebê ficou evidenciado nas falas.

Percebeu-se que os pais valorizaram o cuidado de enfermagem na UTIN, considerando este indispensável à recuperação seus bebês. Referiram que os seus filhos são cuidados com delicadeza, segurança e que a equipe de saúde da UTIN é atenciosa e competente, proporcionando-lhes confiança.

Este estudo permitiu compreender como a família vivencia a chegada de um bebê e quais suas dificuldades e angústias nesse período. Com base nessa realidade, ressalta-se a grande contribuição da enfermagem no estabelecimento de um cuidado humanizado e de qualidade ao binômio bebê-mãe/família.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília (DF), 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- FERRAZ, M. A.; CHAVES, R. L. Bebês prematuros: aspectos emocionais. **Pediatria Moderna**, dez., 30 (7), p. 784-790, 1996.
- FRANÇA, E. et al. Associação entre Fatores socioeconômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do sudeste do Brasil: Um estudo caso controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 6, p. 1437-1447, 2001.
- FERREIRA, L.; VIERA, C. S. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**; v. 25, nº. 1, p. 41-50, 2003.
- KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebês a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MORSCH, D. S. **O desenvolvimento afetivo em situação de alto risco neonatal**: um estudo sobre o processo de internação [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/Departamento de Psicologia; 1990.
- RABELO, M. Z. S. R. et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paul Enferm.**; 20(3):333-7, 2007.
- REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial online], jan-abr; 9(1): 200-213, 2007.

RODRIGUES, K. A. A Enfermagem e o Cuidar Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Saúde e Beleza**, 2009.
TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

Data de recebimento para publicação: 23.01.2013. - Data de aprovação do trabalho: 19.02.2013.

Revista:

temas em
saúde

Síndrome de Burnout: Incidência entre Profissionais que Atuam em Um Bloco Cirúrgico¹

Burnout Syndrome: Incidence among professionals working in the Surgical A

Izabel Ramalho de Lacerda¹

Talicia Maria Alves Benício²

Geane Gadelha de Oliveira³

Francisca Eulidivânia de Farias Camboim⁴

RESUMO: A Síndrome de Burnout é um distúrbio psíquico de caráter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso. O objetivo deste estudo foi identificar se os profissionais da enfermagem estão apresentando sinais e sintomas característicos para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout. A referida pesquisa utilizou o método de pesquisa de campo, contando com o auxílio de revisão bibliográfica. A mesma foi realizada com 30 (trinta) profissionais da enfermagem que inclui enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em um bloco cirúrgico do interior paraibano. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes recursos: questionário com 10 questões de caracterização da amostra com dados sócio-demográficos, dados ocupacionais e profissionais, Maslach Burnout Inventory MBI para avaliar a incidência da Síndrome de Burnout e os sinais e sintomas apresentados contendo 22 questões. Os dados foram coletados no mês de agosto de 2012, entre profissionais de enfermagem que trabalha na instituição, sendo 22 (73,3%) do sexo feminino e 08(26,6%) masculinos. Para a análise dos dados do MBI adotou-se o critério de classificação alta para as dimensões Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e baixa para Reduzida Realização Profissional (rRP). A partir dos dados obtidos podemos verificar se os profissionais que trabalham no centro cirúrgico, pela especificidade do seu trabalho, estão expostos ao risco do estresse ocupacional e, conseqüentemente, a *Burnout*. As características pessoais, tais como: idade, sexo, nível educacional, estado civil, ter filhos e personalidade não são por si mesmas desencadeantes do fenômeno, mas facilitadoras ou inibidoras da ação dos agentes estressores.

UNITERMOS: Bloco Cirúrgico. Esgotamento Profissional. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT: *The Burnout Syndrome is a mental disorder of depressive character, preceded by intense mental and physical exhaustion. This study aimed at identifying if the nursing professionals are presenting signs and symptoms for the development of Burnout Syndrome. This is a field research, supported by literature review. The sample consisted of 30 (thirty) nursing professionals, including nurses and nursing technicians, who work in a surgical center of the a public hospital in Paraiba. To collect the data were used the following resources: a questionnaire with 10 topics to characterize the sample with socio-demographic, occupational and professional data; and the Maslach Burnout Inventory (MBI) that contains 22 issues and aim at assessing the incidence of burnout syndrome and the signs and symptoms most prevalent. Data were collected in August 2012, among nursing professionals working in the mentioned institution. Regarding the sample, 22 (73.3%) were women and 08 (26.6%) were men.*

For the analysis of MBI data, was adopted this criteria of classification: high pontuation for Emotional Exhaustion (EE), Depersonalization (DE) and low for Reduced Performance Training (RPT). Based on the obtained data we can verify that professionals working in the surgical center, due the specificity of their work, are exposed to the risk of occupational stress and hence Burnout. Personal characteristics such as age, sex, educational level, marital status, having children and personality are not in themselves trigger for the syndrome occurrence, but these points act facilitating or inhibiting the stressors.

KEYWORDS: *Nursing Care. Primary Prevention. Pressure Ulcer.*

1. Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia).

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Endereço para correspondência: Rua Joaquim Lopes, nº 135- Bairro da Liberdade, CEP: 58703210 Estado da Paraíba, Brasil. izinharamalho@hotmail.com.

3. Médica Veterinária, Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos- FIP.

4. Enfermeira Especialista em saúde da família. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

5. Enfermeira Especialista em Saúde mental, Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout caracterizada por um estado de tensão emocional e estresse crônico evidenciado por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes sendo ela uma das consequências mais marcantes do estresse profissional. Para Sardá Jr. e Jablonsky Jr. (2002), o stress pode ocorrer com qualquer pessoa em qualquer idade recebendo outra denominação, mais específica: stress ocupacional ou profissional, e também é um processo iniciado com excessivos e prolongados níveis de estresse (tensão) no trabalho. Para o diagnóstico, existem quatro concepções teóricas baseadas na possível etiologia da síndrome: clínica, sociopsicológica, organizacional, socio-histórica (Murofuse et al., 2001). A mais utilizada nos estudos atuais é a concepção sociopsicológica.

Segundo CHERNISS (1980) e WORLD Health Organization (2001) a baixa realização profissional ou baixa satisfação com o trabalho pode ser descrita como uma sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é rea-lizado não tem valor. Essas consequências de impacto nas atividades acarreta uma exaustão emocional que abrange sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia; sensação de baixa energia, fraqueza, preocupação; aumento da suscetibilidade para doenças, cefaleias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono.

Sabendo-se que o bem estar do indivíduo se dá dentro da perspectiva pessoal e profissional, e para que este possa realizar o seu trabalho com competência e êxito, Dejours (1992) afirmava que o trabalho nem sempre possibilita realização profissional. Pode, ao contrário, causar problemas desde insatisfação até exaustão. Nos últimos anos, o nível de desgaste físico e emocional dos trabalhadores tem atingido elevadas proporções. *Burnout* e estresse são os temas mais discutidos em pesquisas científicas que abordam a saúde mental no trabalhador.

Tabela 1 - Padrão de pontuação para diagnóstico das dimensões da síndrome de burnout pelo Maslach Burnout Inventory (MBI).

DIMENSÕES	QUESTÕES	PADRÃO PARA PONTUAÇÃO		
		Nível Alto	Nível Médio	Nível Baixo
Exaustão emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20	= 27	19-26	< 19
Despersonalização	5, 10, 11, 15 e 22	= 10	6-9	= 10
Realização pessoal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21	= 33	34-39	= 40

Fonte: Christina Maslach e Susan Jackson em (1978).

A finalidade deste estudo é apresentar a síndrome de *Burnout*, identificar os aspectos estressantes comuns em ambientes de trabalho dos profissionais da saúde, suas características, consequências, verificando se há relação entre a síndrome de *Burnout* e a rotina estabelecida no seu local de trabalho.

No tocante a incidência da síndrome nas suas dimensões foram seguidos os critérios apresentados por Ramirez et al. (1996) e Grunfeld et al. (2000) Ramirez et al. (1996), definem *Burnout* quando se encontram altas pontuações em cansaço emocional e despersonalização e baixas pontuações na subescala realização pessoal. Grunfeld et al. (2000) por sua vez, consideram o diagnóstico de *Burnout* quando o indivíduo pontua nível alto em exaustão emocional ou despersonalização, ou nível baixo em realização pessoal.

O termo Burnout foi inicialmente utilizado em 1953 em uma publicação de estudo de caso de Schwartz e Will, conhecido como 'Miss Jones'. Neste, é descrita a problemática de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com o seu trabalho, outra publicação foi realizada em 1960 por Graham Greene, denominada de 'A Burn Out Case', sendo relatado o caso de um arquiteto que abandonou sua profissão devido a sentimentos de desilusão com a profissão. Os sintomas e sentimentos descritos pelos dois profissionais são os que se conhece hoje como Burnout (MASLACH; SCHAUFELI, 1993).

Burnout é um termo em inglês que significa "queimar-se por completo" e refere-se ao desgaste de profissionais, sendo encarado como uma síndrome que ocorre devido à atividade laboral, porém depende de características individuais (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

De acordo com CORDES e DOGHERTY (1993), trabalhadores da área de saúde são frequentemente propensos ao *Burnout*. Estudos demonstram que Burnout é a síndrome do final do século (MALAGRIS, 2004).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa para identificar a Síndrome de *Burnout* entre os profissionais de enfermagem que atuam em um bloco cirúrgico do Hospital Regional localizado no município de Patos - PB, esta instituição hospitalar é de maior referência da rede pública do Sertão paraibano.

A população constituiu-se por todos os enfermeiros e técnicos em enfermagem que atuam no bloco cirúrgico do hospital acima citado. A amostra foi composta por trinta profissionais de enfermagem, que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: ser servidor (a), atuante no setor do bloco cirúrgico; ter no mínimo seis meses de atuação no setor; excluídos aqueles profissionais que não estiveram presentes no ato da entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa das FIP (Número 148/2012) foi realizado contato com a instituição para expor o projeto de pesquisa e solicitar autorização para apresentação do mesmo. O instrumento estava de acordo com os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos,

conforme descrito na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual, com tempo estimado de aproximadamente 10 a 15 minutos, no próprio local de trabalho, onde houve explicação acerca da pesquisa, e de possíveis dúvidas referentes à linguagem/nomenclatura utilizada no questionário. A mesma foi realizada em agosto de 2012.

Primeiramente foi utilizado um questionário com abordagem do perfil sócio-econômico-demográfico e características profissionais, associado a ele foi feita abordagem referente ao questionário Maslach Burnout Inventory elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978. Trata-se de um questionário de 22 perguntas, com cinco opções de resposta (escala Likert de 1 a 5), que engloba os três aspectos fundamentais da síndrome de *Burnout*, em sua versão adaptada e validada ao português por Tamayo (2002).

Para avaliar a incidência da síndrome usou-se os critérios apresentados por Ramirez *et al.* (1996) e Grunfeld *et al.* (2000), Ramirez *et al.* (1996), definem *Burnout* quando se encontram altas pontuações em cansaço emocional e despersonalização e baixas pontuações na subescala realização pessoal. Grunfeld *et al.* (2000), por sua vez, consideram o diagnóstico de *Burnout* quando o indivíduo pontua nível alto em cansaço emocional ou despersonalização, ou nível baixo em realização pessoal. Os dados foram submetidos à análise estatística, disponibilizados através de tabelas, com auxílio do programa Excel Office 2010, e fundamentados à luz da literatura pertinente.

RESULTADOS

Tabela 2 - Características sócio-demográficas dos participantes segundo o gênero, faixa etária, existência de filhos, estado civil, escolaridade (N =30).

VARIÁVEL SÓCIO DEMOGRÁFICOS	N	%
GÊNERO		
Masculino	08	26,6
Feminino	22	73,3
FAIXA ETÁRIA		
20- 30	10	33,3
31- 40	10	33,3
41- 50	06	20
51-60	04	13,3
EXISTÊNCIA DE FILHOS		
Sim	17	56,6
Não	13	43,3
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteiro (a)	11	36,6
Casado (a)	16	53,3
Divorciado (a)	03	10
ESCOLARIDADE		
Ensino médio	19	63,6
Graduação	05	16,6
Especialização	06	20
Mestrado	00	00
Doutorado	00	00
TOTAL	30	100

Fonte: Base de dados do autor (2012).

No que concerne ao sexo pode-se verificar através da tabela 2 que 22 (73,3%) da amostra são do sexo feminino, caracterizando uma profissão com a predominância do sexo feminino, concordando com Maslach *et al.* (2001) que afirmam ser a enfermagem uma profissão predominantemente feminina, já que a mulher tem o perfil suscetível para desempenhar com maior êxito as atividades que têm como principal função cuidar, ajudar, promover a satisfação do indivíduo no sentido de aliviar a dor, o trauma, o sofrimento.

A faixa etária mínima evidenciada na amostra de 20 e a máxima de 60 anos. 10 (33,3%) profissionais apresentaram idade entre 20 e 30 anos, 10 (33,3%) tem entre 31 e 40 anos, caracterizando uma profissão com maioria de profissionais jovens. Uniscovsky (1993) verificou em seu estudo que 80% dos enfermeiros apresentavam idade inferior a 35 anos, Lautert (1995) apresenta dados semelhantes em sua investigação.

A pesquisa mostrou que 17 (56,60%) dos participantes possuem filhos. Na literatura ainda há muita controvérsia, pois algumas investigações referem que a paternidade gera pressão devido à carga que o sujeito passa a assumir, enquanto outras afirmam que o fato de ter filhos equilibra o indivíduo e possibilita o uso de melhores estratégias de enfrentamento das situações problemáticas (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Em relação amostra quanto a situação conjugal, 16 (53,3%) são casados. Alguns autores atribuem ao casamento ou ao fato de ter um companheiro (a) estável a menor propensão aos sintomas de Burnout. (BURKE, GREENGLASS e MOORE, 2003; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; LEITER, 1991). Também não se revelaram como variáveis que poderiam estar interferindo no processo da síndrome. Na literatura não há consenso quanto ao o fato de ter ou não vida marital contribuir para o desenvolvimento da síndrome.

Observou-se na pesquisa que dos 04 (13,3%) que apresentaram altas pontuações em exaustão e despersonalização e baixa realização profissional 11 (36,6%) cursaram o ensino médio. A amostra contradiz essa afirmação Benevides-Pereira (2002) afirma que quanto maior o nível educacional, maior é a propensão para a *Burnout*. Os valores médios obtidos nas três dimensões da síndrome de *Burnout*, segundo o MBI, foram: 20,7 pontos em exaustão emocional, indicando nível médio; 8,47 pontos em despersonalização, indicando nível médio; e 32,24 pontos em realização pessoal, nível alto (Tabela 3). Quanto aos níveis individuais de cada dimensão, em exaustão emocional, 34% pontuaram alto, 14%, pontuaram médio, e 52% pontuaram alto; em despersonalização, 23% pontuaram baixo, 18% pontuaram médio e 20% pontuaram alto: em realização pessoal, 8% pontuaram baixo, 20%, pontuaram médio, e 21%, alto.

Tabela 3- Resultados do Maslach Burnout Inventory (MBI) entre os trabalhadores entrevistados

DIMENSÕES	RESULTADOS (N) %
Exaustão Emocional	Média: 20,7 (±34%)
Baixo	14 (30%)
Médio	07 (15%)
Alto	09 (20%)
Médio e alto	16 (35%)

DIMENSÕES	RESULTADOS (N) %
Despersonalização	Média: 8,47 (±14%)
Baixo	11 (23%)
Médio	09 (18%)
Alto	10 (20%)
Médio e alto	19 (39%)
Baixa Realização Pessoal	Média: 32,24 (±52%)
Baixo	05 (8%)
Médio	12 (20%)
Alto	13 (21%)
Médio e alto	17 (28%)
Grunfeld <i>et al</i>	04 (13,3%)
Ramirez <i>et al</i>	18 (60%)

FONTE: *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

Para estabelecer a incidência da síndrome na amostra estudada, utilizando os critérios estabelecidos por Grunfeld *et al.* (2000), encontramos um total de 04 indivíduos (13,3%) com diagnóstico de *Burnout*. Utilizando os critérios de Ramirez *et al.* (1996), houve diagnóstico de *Burnout* de 18 (60%) entre os entrevistados. Na pesquisa, considerando Grunfeld *et al.* 04 (13,3%) dos trabalhadores apresentaram *burnout*, número inferior ao apresentado por Tucunduva *et al.* (2006) em seu estudo, que encontrou 52,3% dos entrevistados com a síndrome. Resultados análogos foram encontrados por Albaladejo *et al.* (2004) nas dimensões exaustão emocional e despersonalização (pontos de corte semelhantes), com médias obtidas de 19,61 e 8,37 respectivamente. Gil-Monte (1997) também encontrou resultados semelhantes em despersonalização, apresentando média de 6,38. Por não haver consenso na literatura para a interpretação do MBI, publicações apresentam critérios diferentes no intuito de classificar e diagnosticar o *Burnout*. Grunfeld *et al.* (2000) definem a estafa profissional como a presença em nível grave (pontuação em nível baixo) de uma das dimensões; Ramirez *et al.* (1996) e Albaladejo *et al.* (2004), defendem que o diagnóstico é feito quando se evidenciam as três dimensões em nível grave. Por isso, como afirmou Freudenberg (1974, *apud* Albaladejo *et al.*, 2004), a inclusão dos três aspectos ou dimensões do *burnout* enfatiza a complexidade do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Burnout é resultante de um processo que ocorre devido às frustrações diárias no ambiente de trabalho, afetando qualquer profissional principalmente quando as atividades são mantidas diretamente com seus usuários. Subdivide-se em exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional, a incidência inicia-se pela exaustão emocional gerando despersonalização e consequentemente diminuindo a realização profissional.

Na Síndrome de Burnout todas as pessoas que convivem com o trabalhador acometido sofrem junto, o paciente pela falta de interesse e motivação; os colegas de trabalho pela indiferença, impaciência e dificuldade de concentração e os familiares pela

irritabilidade e distanciamento afetivo. Os resultados obtidos da soma de pontos dos questionários aplicados aos profissionais da enfermagem, em relação exaustão emocional houve uma alta pontuação de 20,7 (34%). Conforme a tabela de referência Maslach Burnout Inventory (MBI) considera reduzida realização profissional quando a pontuação é alta, mas a pontuação de 32,24 (52%) foi alta demonstrando que os profissionais não estão realizados profissionalmente, despersonalização apresentou baixa pontuação.

A pesquisa realizada e aqui apresentada, ao indicar o sofrimento psíquico a que está submetido um grupo de trabalhadores da saúde do bloco cirúrgico do hospital no interior paraibano, explicita condições de trabalho que devem ser investigadas de forma mais consistente em busca de respostas que possam contribuir para a prevenção de novos casos, a recuperação dos já acometidos e, principalmente, a promoção de condições de vida e trabalho que garantam a saúde física e mental de todos os trabalhadores de saúde de forma permanente.

As dificuldades encontradas para realização do estudo foram durante a coleta de dados onde alguns profissionais de enfermagem ficaram receosos em assinar o termo de consentimento, também preocupados com sua identificação pela instituição perante a sua resposta, pensando que esta poderia prejudicar seu trabalho e também o desconhecimento da síndrome.

Como sugestão para trabalhos futuros, considera-se a necessidade de um melhor esclarecimento por parte da instituição sobre a importância em participar de estudos, que poderão ajudar a solucionar ou amenizar problemas encontrados na instituição melhorando a qualidade laboral dos profissionais e consequentemente proporcionar uma assistência de qualidade para os seus pacientes/clientes.

A partir dos dados obtidos verifica-se que os profissionais que trabalham no centro cirúrgico com características pessoais, tais como: idade, sexo, nível educacional, estado civil, ter filhos e personalidade não são por si mesmas desencadeantes do fenômeno, mas facilitadoras ou inibidoras da ação dos agentes estressores.

A reflexão e discussão a respeito de um transtorno tão presente nos dias atuais e, no entanto tão ignorado entre nós. Há que se avaliar, pelo desconhecimento até mesmo de profissionais da saúde, as pessoas que estão sofrendo as consequências da síndrome geralmente sentem-se incompreendidos e até mesmo culpados, fracassados, como se não fossem fortes o suficiente para fazer frente às situações.

R E F E R Ê N C I A S

- ALBALADEJO R, *et al.* (2004) Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78:505-16.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; MORENO-JIMÉNEZ, B. O burnout em um grupo de psicólogos brasileiros. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Org), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 154-181.
- BURKE,R.J.;GREENGLASS,E.R. E MOORE,K.A. Reactions to Increased workload: Effects on Professional Efficacy of Nurses.*Applied Psychology : An International Review*,vol 52,nº 4,pgs.580-590.2003
- CHERNISS C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- CORDES C. L., & DOUGHERTY, T. W., & BLUM, M. (1997). Patterns of burnout among managers and professionals: a comparison of models. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 665-701.
- DEJOURS, C. - A loucura do trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho 5ª ed. Cortez-Oboré, São Paulo, 1992
- FREUDENBERGER HJ. **Staff burn-out**. *J Soc Issues* 1974; 30:159-65. GASPAS, P.J.S. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectiva do enfermeiro no serviço de urgência. *Nursing*, n. 109. 2007.
- FREUDENBERGER HJ. **Staff burn-out**. *J Soc Issues* 1974; 30:159-65. GASPAS, P.J.S. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectiva do enfermeiro no serviço de urgência. *Nursing*, n. 109. 2007.
- GIL-MONTE,P. R. e PEIRÓ , J. M. Desgaste psíquico em el trabajo: el síndrome de quemarse por el trabajo(síndrome de Burnout) Madrid, España: Síntesis, 1997.
- GRUNFELDE, WHELAN TJ, ZITZELSBERGER L, WillanAR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000; 163:166-9
- LAUTERT, L. Tese de Doutorado. O desgaste profissional do enfermeiro. Universidade Pontificia de Salamanca. Espanha. 1995.
- MALAGRIS, L.E.N. *A via L-arginina-óxido nítrico e o controle do stress em pacientes com hipertensão arterial sistêmica*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Centro Biomédico de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2004.
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. e LEITER, M. P. Job Burnout. *Annual Reviews*. California, USA, vol.52, pags.397-422.2001.
- RAMIREZ AJ, *et al.* (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*; 347:724-8.
- SARDÁ Jr., Jamir João; JABLONSKI Jr., Sergio Jackes. A avaliação de estresse e seus impactos. In: CRUZ, Roberto Moraes; ALCHIERI, João Carlos e SARDÁ Jr., Jamir João (org). **Avaliação e medidas psicológicas: Produção do conhecimento e da intervenção profissional**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- TAMAYO, M.R. & TRÓCCOLI, B.T. Síndrome de Burnout. In MENDES, Ana Magnólia; BORGES, Livia de Oliveira; FERREIRA, Mário César (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Universidade de Brasília,2002
- TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L.; Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem - USP* [online], v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.
- UNICOVSKY M.A. R. Dissertação de mestrado. Fatores geradores de satisfação e insatisfação na profissão- enfermeiro-opinião dos enfermeiros docentes, enfermeiros assistenciais e alunos da enfermagem. Porto Alegre,RS. Pontificia Universidade Católica-PUC.1993
- WORLD Health Organisation (WHO) **World Health Report** 2001 [texto na internet]. Geneve; 2001. Disponível em: <http://www.who.int/report>. acesso em: 03/03/2012.

Data de recebimento para publicação: 28.01.2013. - Data de aprovação do trabalho: 19.02.2013.

A Vida Privada de Liberdade: História de Vida de Mulheres Encarceradas

The Life Private of Freedom: Life History of Imprisoned Women

Elvira Ayano Hatagami¹

Gicélia Maria Simplicio de Santana²

Gisele Santana Pereira Carreiro³

Márcia Rique Carício⁴

Edilton Beltrão Leite Júnior⁵

Jéssica Suellin Nogueira Leite⁶

RESUMO: Nas cadeias públicas do Brasil, a assistência à saúde ainda é nitidamente deficitária. É fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva, inclusive no que diz respeito à saúde mental da população que compõe o sistema prisional feminino. Com relação a esse grave problema social, desenvolvemos um estudo do tipo descritivo de abordagem qualitativa baseado na história oral temática que, por meio de depoimentos gravados, buscou-se conhecer as visões e opiniões das participantes a partir de um questionário. Este trabalho objetivou descrever a trajetória de vida das mulheres presidiárias até o momento do cárcere. A pesquisa foi realizada no Presídio Regional de Patos, com mulheres em regime fechado no município de Patos- PB, no mês de Agosto de 2012. Para melhor compreensão e didática, a análise do material foi dividida inicialmente em dois eixos temáticos: A contradição da vida privada de liberdade: sofrimentos e alegrias no cárcere; e Esperança *versus* desesperança: perspectivas para o futuro. Durante a realização da pesquisa atribuiu-se pseudônimos às presidiárias, com o objetivo de manter em sigilo suas identidades. Com a conclusão do estudo percebeu-se como elas elaboram meios de enfrentamento e apoio para superarem as dificuldades vividas dentro do ambiente prisional, bem como seus principais medos e esperanças na vida pós-cárcere.

UNITERMOS: Mulheres Presidiárias. Saúde Mental. História Oral.

ABSTRACT: *In public penitentiaries of Brazil, the health care still clearly deficient. It is a known fact that the health problems due to the conditions of confinement have not been the subject of health actions that facilitate the access of prisoners to health in an integral and effectively form, including in regard to the mental health of the population that makes part of the women's prison system. Based on this serious social problem, we developed a descriptive study with a qualitative approach considering the oral history that, through recorded interviews; we sought to ascertain the views and opinions of participants through a questionnaire. This study aimed to describe the trajectory of the lives of women prisoners until the moment of their arrest. The research was conducted at the Presidio Regional de Patos, with women in closed conditions in the city of Patos-PB, in August 2012. For better understanding and didacticism, analysis of the material was divided initially into two main themes: The contradiction of freedom of private life: joys and sufferings in prison; and Hope versus hopelessness: futures prospects. During the research, was assigned pseudonyms to the prisoners, in order to keep their identities in confidential. With the conclusion of the study was observed how come they develop ways to face and support, to overcome the difficulties experienced in a prison environment, as well as their main hopes and fears in life after prison.*

KEYWORDS: *Women Prisoners. Mental Health. Oral History.*

1. Graduada em Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

2. Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente das Faculdades Integradas de Patos.

3. Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente do Departamento de enfermagem da Universidade Federal do rio Grande do Norte.

4. Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente do Departamento de enfermagem da Universidade Federal do rio Grande do Norte.

5. Enfermeiro. Especialista em Suporte Avançado de Vida em Urgência e UTI.

6. Graduada em Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

Atualmente, segundo Brasil, (2007) as prisões são cenário de constantes violações dos direitos humanos, tais como o direito à vida, à integridade física, à integridade psíquica e moral. Os principais problemas enfrentados são: a superlotação; a deterioração da infra-estrutura carcerária; a corrupção dos próprios policiais; a abstinência sexual e a homossexualidade; o suicídio; a presença de tóxico; a falta de apoio de autoridades governamentais; as rebeliões; a má administração carcerária; a falta de apoio de uma legislação digna dos direitos do preso-cidadão; a falta de segurança e pessoal capacitado para realizá-la; e a reincidência que é de vital importância para as vistas da sociedade.

As violações contra os mais diversos direitos das mulheres encarceradas, que são cotidianamente promovidas pelo Estado brasileiro, afrontam não apenas as recomendações, tratados e convenções internacionais (como as Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos), mas a própria normativa nacional que, a partir de estatutos legais e da Constituição Federal, reconheceu um extenso rol de direitos e garantias às pessoas privadas de liberdade no país das quais a mais destacada é a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210 de 1984). (BRASIL, 2007)

O Estado, que deveria nesse universo específico construir espaços produtivos, saudáveis, de recuperação e resgate de autoestima e de cidadania para as mulheres, só tem feito ecoar a discriminação e a violência de gênero presentes na sociedade para dentro dos presídios femininos (BRASIL, 2007). Neste contexto, os presídios acabam se tornando depósito de seres humanos.

Entendemos que o modo de vida a que as mulheres presidiárias estão expostas pode se tornar um fator determinante do processo saúde-doença. E que a análise dos determinantes desse processo mental favorecerá o reconhecimento das condições vivenciadas por esta população, fornecendo subsídios para o resgate da cidadania, dos direitos humanos e criação de condições de saúde dignas das mulheres presidiárias (LIMA, 2005).

O presente estudo é norteado pelas seguintes questões: O que levou essas mulheres a se tornarem presidiárias? Quais as suas principais necessidades de saúde mental? Como o sistema penitenciário atende a essas necessidades dessas mulheres? Quais os obstáculos que podem impedir o seu atendimento? Quais as estratégias de enfrentamento utilizadas por esse tipo de população carcerária?

Certamente este trabalho contribuiu para o conhecimento dos profissionais e acadêmicos de enfermagem, no intuito de oferecer mais informações sobre o ambiente carcerário e os danos advindos desta situação à saúde mental dessas mulheres. Na perspectiva de tornar o cárcere um espaço não só de punição e privação da liberdade, mas também, um lugar de aprendizagem, profissionalização, recuperação e ressocialização dessas pessoas, e, juntos, intervir na melhoria da assistência de enfermagem.

METODOLOGIA

Este estudo é do tipo descritivo de abordagem qualitativa que utilizará como técnica de coleta do material empírico a História Oral Temática, a qual parte do pressuposto de um tema específico de acordo com Bom Meihy (2002). A pesquisa foi realizada no Presídio Regional de Patos, tendo como amostra 10 mulheres encarceradas, consideradas como colaboradoras, que obedeceram aos critérios de inclusão: cumprir pena em regime fechado, ter condições cognitivas de responder às perguntas.

Foi utilizado para a coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturado, com perguntas que seguiam uma linha temática da qual se destacou a saúde mental das mulheres presidiárias. Após autorização para a realização da pesquisa pela juíza responsável e aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa, foi feito um contato com as possíveis colaboradoras para informá-las sobre os objetivos e métodos do estudo e agendar a entrevista. No momento da entrevista, todas as colaboradoras assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo considerou os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a resolução 196/96.

Diante da situação das colaboradoras, por serem presidiárias, e vendo a necessidade de preservar sua identidade, foi oferecida a escolha de pseudônimos. Dessa forma, foram representadas por nomes de pássaros da fauna brasileira, os quais foram escolhidos pelas detentas, simbolizando assim, a liberdade tão almejada por cada uma: Beija-flor, João-de-barro, Arara-vermelha, Azulão, Tico-tico, Cardeal, Quero-quero, Papagaio, Pica-pau e Canário.

As entrevistas foram realizadas individualmente. As respostas foram gravadas, para seguirem-se as etapas essenciais do processo de História Oral: *transcrição*, momento em que é realizada a parte literal da entrevista gravada para a escrita; *textualização*, onde são incluídas as falas dos entrevistados num processo dialógico e textual, deixando o texto fluido e na primeira pessoa. Na *transcrição* são excluídas as repetições e os elementos dispensáveis da narrativa, finalizando o texto (LIMA, 2005).

Após a transcrição foi feita uma conferência do material pelas colaboradoras e autorização do uso do mesmo para publicação. A análise das narrativas resultou em dois eixos temáticos, que serão discutidos a seguir: A contradição da vida privada de liberdade: sofrimentos e alegrias no cárcere; e Esperança *versus* desesperança: perspectivas para o futuro.

Este estudo considerou os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo a coleta de dados realizada após aprovação pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, conforme declaração nº135/2011 CEP/FIP.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1º EIXO: A CONTRADIÇÃO DA VIDA PRIVADA DE LIBERDADE: SOFRIMENTOS E ALEGRIAS NO CÁRCERE

No primeiro eixo de análise, denominado A contradição da vida privada de liberdade: sofrimentos e alegrias no cárcere nota-se sentimentos como medo, desconfiança, ansiedade,

solidão, tristeza e saudade; presença de um ambiente hostil, sem assistência médica e a separação de pessoas queridas traz à tona o sofrimento a essas mulheres sob cárcere. Porém, mesmo estando privadas de sua liberdade e vivendo em um ambiente insalubre, longe de seus familiares e amigos, muitas se sentem felizes no presídio pelo simples motivo de sentirem-se seguras ou mesmo por estar longe das drogas.

O cárcere, enquanto espaço social apresenta-se como um *locus* de sofrimento (físico e psíquico) legítimo. O preso, fundamentalmente, é alguém que sofre. Não se trata aqui de refletir acerca das justificativas e críticas à pena de prisão, as instituições de custódia de presos são espaços sociais de produção legítima de sofrimento (ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 2010).

O que pode ser observado nas seguintes falas:

[...] No momento o que me impede minha felicidade é essa prisão [...] (Beija-flor)

[...] Minha vida aqui no presídio é triste, é horrível [...]
(Arara-vermelha)

[...] aqui no presídio é uma vida, assim, bem dizer jogada, né, abandonada! [...] (Azulão)

Quando uma pessoa é acusada de um delito e presa, automaticamente, acaba carregando para dentro do cárcere também a família, e por mais que se negue, e seja por deveras injusto, a realidade é que a discriminação se estende para aqueles que não participaram do delito, ou seja, aos parentes e pessoas próximas, a família também se torna vítima da prisão (VIANA, 2011). Vê-se nas seguintes falas o quanto a falta do apoio da família interfere no bem estar das detentas.

[...] Minha vida aqui no presídio é ruim, porque estou trancada, distante dos meus filhos, da minha família [...]
(Canário)

[...] Não me considero uma pessoa feliz, de jeito nenhum. Sinto falta dos meus filhos, eles também sentem minha falta. Às vezes vem me visitar, vieram dois domingos, agora não sei quando vem. (tico-tico)

[...] Não me considero uma pessoa feliz de jeito nenhum. Porque estou longe da minha família e longe dos meus filhos [...]
(azulão)

Identificamos nesses trechos o quanto elas se sentem sozinhas, isoladas, abandonadas muitas vezes pela própria família. E a soma desses sentimentos mais o ambiente insalubre e hostil dificultam a vivência dessas mulheres gerando um risco para o adoecimento mental.

Segundo os princípios definidos pela Lei de Execução Penal, a assistência ao preso, escopo de atuação da “Reintegração Social e Familiar”, deve se dar nas seguintes esferas: material, saúde, jurídica, educacional, social e religiosa (BRASIL, 1984).

O apoio familiar é de extrema importância para a detenta, pois essa integração da família no presídio busca não só reinsserir a condenada à vida social, mas também contribuir com a diminuição dos índices de reincidência. Bem como manter os

laços afetivos enquanto o preso estiver cumprindo pena. Diminuindo com isso, o sentimento de saudade, solidão, abandono e desprezo que tanto atormenta as detentas.

A Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos (BRASIL, 2005). Entretanto, é possível perceber que as mulheres cumprem uma dupla pena: a da privação de liberdade e a pena de desassistência e descaso à sua saúde, como é possível observar nos depoimentos seguintes:

[...] estou com dor de cabeça constantemente, e muita perda de sono porque não está tendo meus dois comprimidos certos, meu diazepam e meu amytril, eu tomo um ou outro [...] (João-de-barro).

[...] E meu sono está mal, e mesmo eu tomando o rivotril, eu não durmo, porque antes eu tomava um [comprimido] inteiro e depois dessa direção que entrou passou a me dar só uma banda, daí não durmo bem [...]
(Arara-vermelha).

[...] Pedi até para diretora me levar para bater um eletro [eletroencefalograma], ela disse que vai me levar [...]
(Tico-tico).

Muitas unidades prisionais, especialmente em cadeias públicas, o controle e prevenção de doenças são inexistentes. Com relação à prevenção, não existe qualquer programa voltado à prática de atividades físicas, laborais e recreativas, que são de extrema importância à saúde mental, física, além de contribuírem para evitar doenças. As mulheres encarceradas estão submetidas ao ócio (BRASIL, 2007).

Segundo Minzon *et al* (2010), o papel da prisão não é somente conhecer, aplicar a decisão dos juízes, e privar o criminoso da liberdade, mas observar, cada indivíduo preso, oferecendo formas de trabalho para que possam ocupar seu tempo e não serem jogados à ociosidade.

[...] Eu estou muito triste porque o único divertimento que temos aqui é sair para os cultos (pátio do presídio), é que a gente não está podendo sair. Eu estou muito magoada com isso! [...] (João-de-barro).

[...] Aqui eu cuidava da horta, mas não cuido mais porque o médico disse que é para eu ficar de repouso [...]
(Azulão).

As apenadas passam por um processo de aprendizagem que requer disciplina, força de vontade, equilíbrio e controle emocional. E buscam de qualquer forma, estratégias de enfrentamento e transformação da realidade em que estão inseridas. Para isso, disponibilizam de recursos simples, porém que fazem toda diferença, para que mesmo em um ambiente deprimente que é o cárcere penitenciário essas mulheres consideram-se felizes.

[...] Um negócio bom é a escola aqui, que a pessoa distrai a mente, o coral que ensaiamos, porque se não

fosse isso, eu só vivia chorando, pensando em intrigas [...] (Pica-pau).

[...] Faço a renascença e ensino às meninas também. Mas é uma pena que a gente precisa do material e não podemos comprar [...] É um trabalho tão lindo! As meninas quando estão aprendendo, os olhinhos chega brilham com o travesseiro no colo e a agulhinha na mão (risos) [...] (Cardeal).

[...] Para passar o tempo eu estudo a tarde, vou para o coral, fico na minha cela e assisto televisão. Eu me sinto bem. É boa [a vida no presídio]. Não é porque estou aqui dentro que eu vou ficar chorando, nem ficar triste.

[...] Me considero feliz! Apesar de estar aqui dentro [...] Aqui dentro, de tudo que tem eu faço, o que aparece eu faço [...] (Papagaio).

[...] durmo direito, como direito, até ganhei peso, porque aqui, nem posso e nem quero usar drogas [...] (Quero-quero).

Outro ponto a ser destacado, o qual minimiza o sofrimento das apenadas é o apoio que elas recebem da direção do presídio e dos agentes penitenciários. Nota-se uma relação de respeito entre ambas as partes e um relacionamento humanizado dentro do presídio feminino de Patos, por parte das funcionárias.

A boa convivência entre presidiárias e agentes penitenciários e direção do presídio é um fator que contribui para a manutenção do bem-estar das presidiárias, mesmo em condições tão adversas. Muitas vezes, as funcionárias do presídio e a diretora são as únicas pessoas com quem as apenadas podem contar.

[...] às vezes um agente me dá um lanche, não tenho o que falar de nenhuma delas, para mim são todas boas, a diretora também tem sido uma pessoa muito boa comigo, tem me ajudado bastante [...] (João-de-barro).

[...] As funcionárias são todas bacanas comigo, graças a Deus. Nunca tive problema com nenhum funcionário, todos me tratam bem [...] (Beija-flor).

O ser humano comete erros decorrentes da natureza humana. Oferecer mecanismos para que venha se redimir é dever do Estado, em colaboração com a sociedade (pós-soltura) e com a família (antes, durante e pós-soltura) (AZEVEDO; SILVA; BARROS, 2012).

Após análise deste eixo, foi possível observar como as apenadas encaram a vida sob cárcere penitenciário, e como elas elaboram meios de enfrentamento e apoio para superarem as dificuldades vividas dentro do ambiente prisional. A seguir estará discutido o segundo eixo de análise.

2º EIXO: ESPERANÇA VERSUS DESESPERANÇA: PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

No segundo eixo temático, vê-se que cada uma tenta de alguma forma suprir suas necessidades, construindo estratégias até atingir a tão sonhada liberdade. São muitas vezes munidas por planos futuros, projetos de vida, reencontros, fé, que dão

suporte e esperança de vida para cada uma dessas mulheres. Contudo, algumas participantes expressaram em seus relatos que não há uma perspectiva de vida para o futuro, já afirmando que vão voltar para a vida do crime.

*[...] Eu só me apoio em Deus, só tenho fé em Deus. Sei que um dia Deus vai me tirar daqui, só isso [...] Deus é minha única esperança em tudo [...] (João-de-barro).
[...] O que me dá sustentação às minhas esperanças de vida aqui é só Deus e mais ninguém [...] (Azulão).*

Segundo Faria *et al* (2005), muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução de problemas que as acometem, e recorrem frequentemente a Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los.

A religião tem grande relevância na conversão, representa uma forma de inclusão e valorização da experiência dos indivíduos julgados por suas falhas. A libertação pela fé, onde a “justiça divina perdoa e liberta” mesmo que permaneçam as “injustiças dos homens”. De fato, relacionar Religiões e Prisões é sempre polêmico. Às prisões cabe punir e criar condições para recuperar cidadãos. Às religiões cabe acolher, perdoar, redimir, converter para recuperar espíritos (NOVAES, 2004).

Diante da situação deprimente em que vivem as detentas sob cárcere, e na luta diária para sobreviverem e suprirem suas necessidades afetivas, além de terem a religião e a fé em Deus como força motivadora, outra estratégia de enfrentamento encontrada foi o amor aos filhos. Mesmo com a quebra do binômio mãe/filho, e tendo que conviver com a distância e a saudade, saber que eles estão em algum lugar à sua espera é um consolo, uma esperança. Como podemos identificar nos seguintes discursos:

[...] O que me dá mais sustentação e esperança de vida aqui, é saber que meus dois filhos estão lá fora me esperando de braços abertos [...] (Beija-flor).

[...] Eu espero ser feliz de novo com minha família e prometo primeiramente a Deus, segundo a minha família, que nunca mais os decepçiono [...] (João-de-barro).

Nesse espaço, onde a confiança é quase impraticável, as mães presas buscam sobreviverem ilesas, para um dia, novamente, irradiar amor para seus filhos. Os filhos são particularmente vistos como uma dádiva divina, um dom que permite às mães alcançarem uma condição de reconhecimento social, além de serem um alento e esperança de um futuro melhor (SMAUS, 1999).

A maioria das colaboradoras relatou, como perspectiva para o futuro, a vontade de retornar a sociedade dignamente, de arrumar um emprego e dele tirar o sustento para proporcionar uma vida melhor para seus filhos e família é almejado pela maioria das detentas.

[...] quero é retomar minha vida do zero novamente, e apagar esse pedaço da minha vida que eu estou aqui dentro, voltar pro meu trabalho, voltar pra minha vida...

Eu quero recomeçar, reconquistar tudo que eu perdi [...] (Beija-flor).

[...] Queria a chance de sair e arrumar um emprego para trabalhar, não queria essa vida para mim [...] (Quero-quero).

[...] Queria mudar minha vida para melhor [...] Eu espero sair daqui, estudar e arrumar um emprego para eu ter minhas coisas (Pica-pau).

[...] Saindo daqui eu quero viver outra vida melhor, esquecer meu passado e procurar viver meu presente [...] (Canário).

No Brasil, a maioria dos presos que saem sob o regime de liberdade condicional retornam ao chamado “mundo do crime” e voltam a ser novamente presidiários, com a denominação de “reincidentes”. No “mundo de fora”, sofrem todos os tipos de estigmas (CUNHA, 2010). Sendo assim a reintegração social seria a reinclusão por parte da sociedade, daqueles que ela própria excluiu.

De fato, segundo Silva (2008), falar em reabilitação é quase o mesmo que falar em fantasia, pois hoje é fato comprovado que as penitenciárias em vez de recuperar os presos os tornam piores e menos propensos a se reintegrarem ao meio social.

Contudo, nem todas as colaboradoras apresentaram sonhos e perspectivas para o futuro. Algumas expressaram sentimentos de exclusão social e falta de esperança, relatando em seus depoimentos que após a prisão sabem que retornarão para o mundo do crime e das drogas.

[...] A pessoa [presidiária] que já é conhecida, não dão trabalho... eles [sociedade] viram muito a cabeça. Não sei o que vou fazer quando eu sair. Eu sinto muita raiva dentro de mim. Acho que vou ter que entrar de novo nas drogas para conseguir as coisas para os meus filhos e para mim. Vou sair daqui do mesmo jeito ou então pior, com certeza. Meu amanhã é isso, voltar para as drogas [...] (Tico-tico).

[...] E do amanhã, isso aí só Deus é quem sabe [...] Vou

sair uma pessoa pior do que entrei, para mim não serviu de nada [...] Eu espero fazer pior do que eu fazia: vou entrar nas drogas de novo [...] (Arara-vermelha).

De acordo com as narrativas, foi possível atentar para a necessidade urgente de tornar o cárcere um espaço não só de punição e privação da liberdade, mas também, um lugar de aprendizagem, profissionalização, recuperação e ressocialização dessas pessoas. E muitas vezes pela falta de assistência a essas necessidades, estas mulheres se veem sem alternativa e desenvolvem estratégias próprias de enfrentamento das dificuldades encontradas no cárcere.

Segundo Fonseca (2006), a partir da conscientização da degradação do sistema prisional para com as apenadas, decorre a conscientização da responsabilidade da sociedade no complexo problema da reintegração social do preso. Pois supõem que é sempre o preso que deve se “modificar”, esquecendo muitas vezes que a sociedade tem uma grande contribuição no processo de inclusão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, então, nos depoimentos que a perda do vínculo com a família é uma constante preocupação dessas mulheres, e ainda a falta de assistência, o descaso à Saúde da Mulher como um todo, no que diz respeito prevenção, terapêutica, acesso a medicamentos e assistência psicológica. Com isso, as necessidades em saúde estão sendo prejudicadas e conseqüentemente trazendo riscos e agravos ao seu bem estar físico, moral e mental, dificultando mais ainda o processo de ressocialização dessas mulheres.

Para desconstrução desse quadro, são necessárias políticas públicas que formulem ações articuladas promovendo a liberação de recursos que se destinem à implantação de atividades nos presídios, visando acabar com a superlotação das cadeias públicas, aplicar penas alternativas para crimes leves, rever a situação penal de algumas detentas, para que o sistema penitenciário não seja modelo de mero depósito de seres humanos e sim, verdadeiros centros de reeducação.

R E F E R Ê N C I A S

- AZEVEDO, R. O.; SILVA, M. M.; BARROS, D. M. V. O papel do agente penitenciário no processo de humanização no presídio feminino do distrito federal. **Revista Projeção, Direito e Sociedade**, Distrito Federal - Colméia, v. 3, n. 1, p.252-266, 20 nov. 2012.
- BOM MEIHY, J. C. S. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- BRASIL. Congresso Nacional. Presidente da República (Org.). **Lei nº 7210: lei de execução penal**. Brasília, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP**. Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24 p.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO**. 2.ed. BRASÍLIA - DF, 2005.
- _____. Centro Pela Justiça e Pelo Direito Internacional. Associação Juizes Para A Democracia (Org.). **Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil**. Produzido em 19 Estados, 2007. 62 p.
- CUNHA, E. L. **Ressocialização: o desafio da educação no sistema prisional feminino**. 2010. 22 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Programa de Pós-graduação em Educação Escolar da Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (unesp, Campus de Araraquara), Campinas, 2010.
- ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 19., 2010, Fortaleza - Ce. **A vida no cárcere: tensão, administração e justiça em uma delegacia de polícia**. Fortaleza. 2010. 9 p.
- FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contexto de saúde e doença: Revisão de literatura. **Psicologia: Reflexão e crítica**. 2005, 18(3), pág. 381-389 – Universidade de Brasília.

FONSECA, K. P. (RE) Pensando o crime como uma relação de antagonismo entre seus autores e a sociedade. **Psicologia Ciência E Profissão**, São Paulo, n.26 (4), p.532-547, 30 nov. 2006.

LIMA, G. M. B. **Mulheres presidiárias: sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistência e privações**. 2005. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

MINZON, C. V.; DANNER, G. K.; BARRETO, D. J. Sistema prisional: conhecendo as vivências da mulher. **Akrópolis, Umuarama**, Pará, v. 18, n. 1, p.71-81, mar. 2010.

NOVAES, R. R. (Brasil). **Religiões e prisões**: Comunicações do ISER. Rio de Janeiro, 2004. 124 p.

SILVA, P. G. **Ressocialização do sentenciado**. 2008. 58 f. Monografia (Bacharelado) - Curso de Bacharel em Direito, Universidade Vale do Rio Doce – Univale, Governador Valadares, 2008.

SMAUS, G. **Teoría del conocimiento feminista y criminología de la mujer**. Revista Brasileira de Ciências Criminais, São Paulo, ano7, n.27, p. 235-249, jul./set. 1999.

VIANA, E. **O papel da família no regime penitenciário masculino de Manaus e sua contribuição para reinserção socio-familiar**. Publicado em: 15 mar. 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/o-papel-da-familia-no-regime-penitenciario-masculino-de-manau-e-sua-contribuicao-para-reinsercao-socio-familiar/61346/>>. Acesso em: 29 set. 2012.

Data de recebimento para publicação: 29.01.2013. - Data de aprovação do trabalho: 22.02.2013.

temas em saúde

Acidente Ocupacional com Material Biológico: Experiência de Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar¹

Occupational Accident with Biological Material: Nurse Experience in Pre-Service Hospitalar

Ana Karla Inocência Vieira²

Raquel Campos Medeiros³

Kilmara Melo de Oliveira Souza⁴

Diogo da Silva Pereira⁵

Priscilla Costa Melquíades Menezes⁶

RESUMO: O atendimento pré-hospitalar prestado por enfermeiros a pacientes com diversos graus de gravidade, expostos a todo tipo de risco laboral, devido ao frequente manuseio de fluidos corpóreos, associado ao estresse da situação de emergência. O conjunto de procedimentos praticados nesse tipo de atendimento tem sido peça fundamental à segurança do profissional para manutenção da vida e minimização das sequelas dos pacientes. O estudo objetivou descrever a experiência de enfermeiros com acidentes ocupacionais no Atendimento Pré-Hospitalar (APH). Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido através de um questionário previamente elaborado aplicado a 13 enfermeiros da equipe do SAMU de Itaporanga. A partir da análise e discussão dos dados, observou-se que a maioria dos enfermeiros informou existir normas para prevenção de acidentes com material biológico potencialmente contaminado na unidade que atua. Pode-se constatar ainda que uma maior parcela dos entrevistados tem conhecimento sobre os protocolos de condutas a serem adotadas após o acidente. Porém evidenciou-se que o caso de acidente ocupacional ocorrido se deu em virtude, não da falta de EPI, pois os mesmos fazem uso, mas sim pela distração, cansaço, por estar com pressa, entre outros. Expondo o profissional ao contato direto com material biológico. Dessa forma, vimos que, seja na unidade básica ou avançada, apresenta vários riscos aos profissionais que não podem ser ignorados e que devem ser notificados, pois ninguém é mais importante do que o profissional de saúde no local da ocorrência, a sua segurança deve vir em primeiro lugar.

UNITERMOS: Acidentes Ocupacionais. Enfermeiro. Experiências.

ABSTRACT: *The pre hospital care provided by nurses to patients with varying degrees of severity, exposed to all kinds of labor risk due to frequent handling body fluids, associated with the stress of an emergency situation. The set of procedures practiced this type of care has been fundamental to the security professional to sustain life and minimize the consequences of patients. The study aimed to describe the experience of nurses with occupational accidents in Prehospital Care (PHC). This is an exploratory study with a quantitative approach, developed through a questionnaire applied to 13 previously prepared nurses team of SAMU Itaporanga. From the analysis and discussion of the data, we found that most nurses reported there rules to prevent accidents with biological material potentially contaminated unit in which it operates. It can be seen even greater portion of respondents have knowledge about the protocols actions to be taken after the accident. However it became clear that the case of occupational accident occurred was due, not the lack of PPE, as they make use of, but by distraction, fatigue, being in a hurry, among others. Exposing the professional direct contact with biological material. Thus we see that the unit is basic or advanced, presents several risks for professionals who can not be ignored and should be reported because no one is more important than the health worker at the scene, their safety must come first.*

KEYWORDS: *Occupational Accidents. Nurse. Experience.*

1. Artigo extraído do trabalho de conclusão do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos para obtenção do título de bacharel.

2. Aluna concluinte do curso de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Rua João Firmino Gomes. Kharliinha@hotmail.com.

3. Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

4. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Docente das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

5. Bacharel em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP.

6. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde. Coordenação de aulas práticas das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

O profissional de saúde no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) está exposto a riscos, escassez de pesquisas que abordem a temática dos acidentes ocupacionais com materiais biológicos e pelas transformações vivenciadas no mundo do trabalho em nosso país, contextualizada pela situação de crise socioeconômica. Tais riscos estão predeterminados a serem contraídos através de características laborais, tais como: riscos biológicos (vírus, fungos e bactérias), que podem ser transmitidos pelas mãos ou pela utilização de materiais não limpos, desinfetados e/ou esterilizados inadequadamente bem com o pelo contágio indireto com objetos contaminados do paciente (fômites) ou por intermédio do ar (LIMA et al., 2010). Segundo o NAEMT (2007), para os profissionais de enfermagem que trabalham no APH, esses riscos são peculiares a atividade que exercem. Tais profissionais devem lembrar-se de que a segurança da cena deve ter prioridade máxima. Isso inclui não apenas a segurança do paciente, mas também a sua própria segurança. A problemática surgiu da necessidade de avaliar e verificar se a equipe de atendimento pré-hospitalar atua constantemente em condições de alto risco ocupacional, tornando-se fundamental analisar o conhecimento e a atitude destes profissionais em relação à adoção das precauções padrões e os conceitos básicos em controle de infecção. Diante disso, surge o seguinte questionamento: Será que os profissionais estão fazendo o uso correto dos EPI's? E o mesmo tem acesso aos equipamentos? Diante do risco constante enfrentado por enfermeiros das equipes de APH móvel- pelo fato de vivenciarem situações emergenciais envolvendo o manuseio de fluidos corpóreos muitas vezes associadas ao estresse da situação de emergência- esta pesquisa busca enriquecer o nível das informações que poderão ser utilizadas por outros acadêmicos e mostrar a importância das ações e condutas de enfermagem no APH, e da própria assistência a ser realizado, como também, proporcionar melhorias no atendimento. O estudo tem como objetivo geral descrever a experiência de enfermeiro com acidente ocupacional no Atendimento Pré-Hospitalar (APH). Os passos percorridos para alcançar tal objetivo são: traçar o perfil do enfermeiro na assistência pré-hospitalar e avaliar os fatores de risco ocupacionais envolvendo enfermeiros no atendimento pré-hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória descritiva, com abordagem quantitativa, que foi realizada através de questionário direcionado aos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar na sede do SAMU de Itaporanga-PB.

A amostra do estudo foi constituída por 13 enfermeiros, a qual atendeu aos seguintes critérios de inclusão: Atuar no serviço há mais de quatro meses, ser residente no município de Itaporanga-PB, aceitar participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário previamente elaborado, que atenderam aos objetivos do estudo. A coleta de dados ocorreu após os

esclarecimento do objetivo da pesquisa e a assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram analisados através de uma abordagem quantitativa e distribuídos em tabelas e gráficos, que foram elaborados através dos programas Microsoft Word e Microsoft Excel, sendo os resultados analisados de acordo com a literatura pertinente e aos objetivos formulados. Este estudo considerou os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo a coleta dos dados realizada após a aprovação do Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos. Conforme declaração nº 218/2012 CEP/FIP.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis sócio demográficas

VARIÁVEIS	N	%
Gênero		
Masculino	04	31
Feminino	09	69
Faixa Etária		
21 a 30 anos	09	69
31 a 40 anos	03	23
Mais de 40 anos	01	08
Nível de Graduação		
Apenas Graduação	04	31
Especialização	09	69
Mestrado	00	00
Doutorado	00	00
Tempo de Atuação no SAMU		
Menos de 01 ano	04	31
Entre 01 e 02 anos	09	69
Unidade Móvel em que Atua		
USB	07	54
USA	06	46
TOTAL	13	100

Os resultados apresentados na tabela 01 demonstram que a maioria dos enfermeiros quanto ao gênero, é do sexo feminino, com 09 (69%) e a minoria do sexo masculino, representada por 04 (31%). Podemos relacionar que tal prevalência se dá pela predominância de profissional do sexo feminino na enfermagem. Ao observar os números obtidos nessa indagação, percebe-se que a maioria da amostra é do gênero feminino, valores esses que se evidenciam no âmbito acadêmico, onde a maior parte das turmas de enfermagem é composta por mulheres, refletindo assim dentro dos serviços de saúde, onde a classe predomina. Segundo Pastore e Rosa (2008), a predominância da mão-de-obra feminina no setor da saúde está relacionada ao fator das mulheres exercerem funções voltadas para o processo de cuidar. Outro aspecto importante a ser levado em consideração é o fato da enfermagem ter como características sócio históricas, as instituições sociais associando à figura da mulher, saberes informais de práticas de saúde. Quanto à faixa etária dos participantes, observa-se que a maioria dos enfermeiros são

jovens, onde 9 (69%) está com idade variando entre 21 e 30 anos, 3 (23%) entre 31 e 40 anos e apenas 1 (8%) encontra-se com idade superior aos 40 anos. Observa-se também que a maioria dos enfermeiros quanto a faixa etária, estão apontando uma caracterização de profissional relativamente jovem, visto que o profissional novo no serviço pode acrescentar seus conhecimentos e técnicas atualizadas e trabalhar de acordo com os protocolos exigidos pelo serviço. Indo de encontro aos achados de que a maioria dos profissionais jovens esta na faixa etária mais produtiva de suas vidas, entretanto uma unidade de urgência exige a presença de jovens e ágeis, pois a idade é um fator que intervém positivamente e na qualidade de assistência na urgência (CARVALHO; LIMA, 2001). Em relação à qualificação profissional, pôde-se perceber que dos 13 enfermeiros entrevistados, a maioria deles detém a titulação de especialista com 9 (69%) dos pesquisados, enquanto que 4 (31%) apresentam apenas graduação. Não houve respostas referentes ao título de mestrado e doutorado. Evidenciou-se através da pesquisa que a maioria dos enfermeiros entrevistados são especialistas, mostrando assim a busca por conhecimento científicos. Resultados esses muito importantes para a peça fundamental do segmento saúde, que é o paciente, pois a atuação de profissionais mais qualificados eleva a qualidade do serviço prestado, como também a sobrevida e a recuperação das vítimas. Segundo Almeida et al.; (2002), há um aumento relevante de profissionais com pós-graduação no ano 2000. Observou-se que a consolidação dos cursos de pós-graduação se deu na década de 90, em virtude do aumento do número de alunos matriculados. Havendo desta forma uma relação com os dados encontrados nesta pesquisa. No estudo de Lautert, Chaves e Moura (1999), foi evidenciado alto índice de sujeitos com algum tipo de especialização, e justificaram que seus achados são relevantes ao pensarem que os cursos realizados pelo enfermeiro refletem-se sobre a qualidade do seu trabalho.

A tabela acima, demonstra quanto à experiência profissional onde, 09 (69%) possuem entre 1 e 2 anos de trabalho na área de urgência e emergência, 04 (31%) menos de 1 ano.

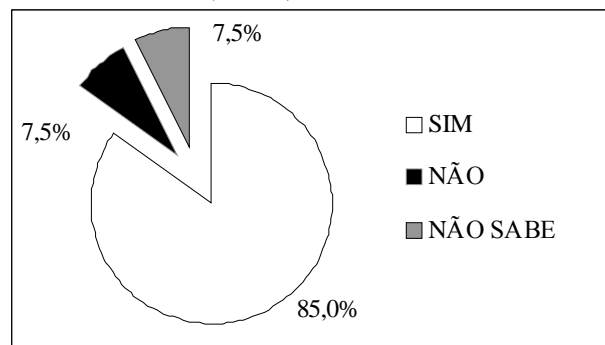
Pode relatar que o encontrado está relacionado com o curto tempo de implantação desse serviço na cidade de Itaporanga-PB e o aumento das escolas de enfermagem em nossa região, oferecendo mais campo de trabalho aos novos profissionais da área.

A normatização da estrutura e funcionamento dos serviços de APH móveis, no Brasil, aconteceu somente no ano 2002, por meio da portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde, sendo este o primeiro regulamento proposto por meio de temas, estes caracterizados ao tempo de atuação e a capacidade exigida (GENTI; RAMOS; WHITAKER, 2008).

Através dos dados acima, é possível perceber que, embora a lei ainda não tenha entrado em vigor, o SAMU de Itaporanga conta com 7, enfermeiros na Unidade de Saúde Básica, valor equivalente a 50%, enquanto a Unidade de Saúde Avançada conta com um total de 7 enfermeiros (50%), dos quais apenas 13 foram entrevistados.

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

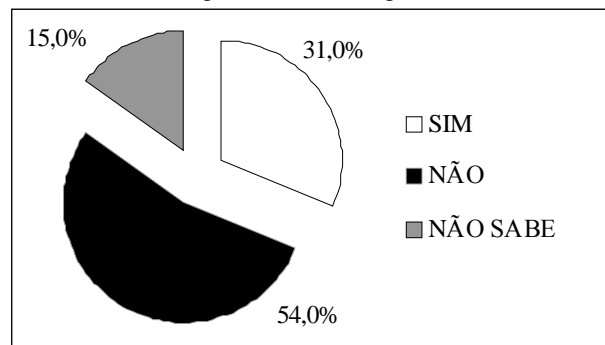
Gráfico 01 - Distribuição da amostra de acordo com a informação sobre a existência de normas para prevenção de acidente com material biológico potencialmente contaminado (MBPC) na unidade de trabalho.



De acordo com o gráfico acima, observa-se que a maioria dos enfermeiros 11 (85%) informa que na unidade em que atua existe normas para prevenção de acidentes com material biológico potencialmente contaminado, enquanto que a minoria 01 (7,5%) informa não existir tais normas e apenas 01 (7,5%) participante não tinha conhecimento. Todas as empresas que produzem ou comercializam materiais perfuro-cortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de segurança.

Segundo a Norma Regulamentadora (NR-32), os empregadores devem disponibilizar nos locais de trabalho de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), descartáveis ou não, em número suficiente, assegurando fornecimento imediato e/ou sua reposição. Além disso, devem promover a capacitação dos trabalhadores para uso dos EPI, cabendo aos trabalhadores não só a adesão aos mesmos, mas também a sua correta utilização (LOUREIRO et al., 2009).

Gráfico 02 - Distribuição da amostra segundo a informação sobre a existência de protocolo informando condutas a serem adotadas após acidente ocupacional com MBPC

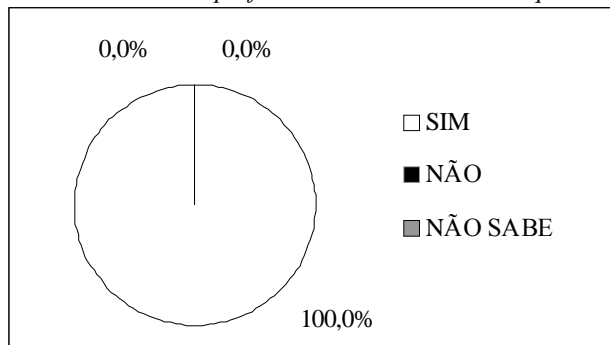


Conforme os dados sintetizados no Gráfico 5, observa-se que 4 (31%) dos entrevistados na pesquisa relataram sobre o protocolo enquanto que 7 (54%) afirmaram que não tinha e 02 (15%) não souberam informar.

Segundo Arantagy et al (2000) os procedimentos recomendados em caso de exposição a material biológico incluem cuidados locais na área exposta, recomendação específica para imunização contra tétano e medidas de quimioprofilaxia e

acompanhamento sorológico para hepatite e HIV. Após a exposição a material biológico, cuidados locais com a área exposta devem ser imediatamente iniciados.

Gráfico 03 - Distribuição da amostra de acordo com a informação sobre a existência de recipiente específico no descarte de material perfuro-cortante na unidade que atua.



De acordo com o gráfico 03, percebe-se que os 13 (100%) profissionais do estudo tem conhecimento quanto a caixa de descarte de perfuro-cortante, todo lixo perfuro-cortante deve ser descartado em recipiente próprio. Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA - RDC Nº 306, de 7 de dezembro de (2004), os resíduos do grupo E são constituídos por materiais perfuro-cortantes como objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e agudas capazes de cortar ou perfurar.

Os materiais perfuro-cortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes de paredes rígidas, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, resistentes ao processo de esterilização, com tampa, devidamente identificados com o símbolo internacional de risco biológico, acrescido da inscrição de "PERFUROCORTANTE" e os riscos adicionais, químico ou radiológico.

CARACTERIZAÇÃO SOBRE A OCORRÊNCIA DE ACIDENTES

No período da coleta de dados foi registrado apenas 01 (8%) acidente envolvendo profissionais de enfermagem, ou seja, apenas 1 dos profissionais sofreu acidente. Inicialmente, ao referido profissional, foi perguntado quantas vezes se acidentou com MBPC, ao que o mesmo respondeu: "Mais de uma vez"

Em seguida, perguntei-lhe quais os possíveis motivos do(s) acidente(s) ocorridos, em que o mesmo relatou ter acontecido por "distração, cansaço, por estar com pressa e outros motivos" não relatados.

Por ter uma rotina agitada, dos profissionais do SAMU são exigidos competências, tais como agilidade, atenção e preparo, tanto físico como psicológico que, muitas vezes, por motivos como cansaço, distração, pressa, falta do uso de equipamento de proteção individual, entre outros, faz com que ocorram episódios de acidentes ocupacionais, que no caso descrito nesta pesquisa, a maioria deles acontece devido ao contato direto com materiais biológicos.

De acordo com Prado *et al* (2006), as causas atribuídas aos acidentes estão: descuido, sobrecarga de trabalho, cansaço físico, estresse, correria nos plantões, múltiplos empregos, falta de esclarecimento sobre biossegurança, precarização do trabalho (equipamentos e recursos humanos) e inadequação ou insuficiência de EPI e de proteção coletiva.

Diante do acontecimento exposto, ao enfermeiro foi questionado se ele estava fazendo uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), ao que o mesmo relata ter feito uso de "luvas, óculos de proteção, máscara, uniforme e botas".

Nesse sentido, podemos afirmar que a conduta do profissional estava devidamente adequada, uma vez que, a utilização dos (EPI's) oferecerem maior segurança para o profissional de enfermagem. Por esta razão, é de grande importância a conscientização desses profissionais no que diz respeito a, questão da biossegurança no seu local de trabalho.

De acordo com Kemper (2006), biossegurança é o conjunto de ações para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços visando à saúde do homem (caso do SAMU). É um somatório de conhecimentos, hábitos, comportamentos e sentimentos, que devem ser incorporados ao homem para que esse desenvolva, de forma segura, sua atividade.

Em um segundo momento, perguntei-lhe quais os materiais biológicos que levaram à sua contaminação, em que o mesmo relatou ter sido mediante o contato com "saliva, vômito, expectoração, sangue, urina e outro motivos", os quais não foram relatados.

A contaminação acidental desse profissional faz com que reflitamos sobre a necessidade de medidas que devem ser tomadas de imediato para evitar, assim, danos maiores aos enfermeiros expostos ao material biológico. Essas medidas podem ser desde uma lavagem com água e sabão da região contaminada, a uma desinfecção com antisséptico, bem como encaminhamento a um atendimento hospitalar e solicitações de exames, para aqueles casos que oferecem maior risco a exemplo de contaminação com sangue.

Os riscos ocupacionais relacionados aos agentes biológicos segundo Prado *et al.* (2006), estão amplamente distribuídos na estrutura de uma unidade de saúde, sofrendo variações proporcionais aos contatos mais intensos e diretos com os pacientes, principalmente, envolvendo sangue, secreções e outros fluidos corporais. Tendo como consequência, repercussões psicossociais ao profissional acidentado, levando a mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho.

Quando foi perguntado acerca do modo como ocorreu o contato com o material biológico contaminado, foi relatado pelo profissional que o acidente ocorreu devido ao "contato direto do material em mucosa, contato direto do material em pele lesada, contato direto do material em pele íntegra".

Os acidentes com material biológico são considerados de emergência médica. As intervenções para profilaxia da infecção pelo vírus HIV e das hepatites B e C devem ser iniciadas o mais precocemente possível. São recomendados cuidados locais, avaliação do acidentado e paciente-fonte para definição das condutas, notificação do acidente e o acompanhamento do

profissional acidentado (BRASIL, 2002)

Diante do acontecido foi questionado ao enfermeiro qual o procedimento realizado imediatamente após o acidente “limpeza com água e sabão, desinfecção com anti-séptico, outros motivos” não relatado.

Há de se considerar que mesmo utilizando todos os EPI recomendados, acidentes podem acontecer, e, por esta e outras razões, medidas devem ser adotadas visando não só detecção precoce de possíveis doenças como também a diminuição de riscos de infecção.

No que diz respeito à notificação do acidente, recomenda-se o uso de protocolos de registro, avaliação, aconselhamento, tratamento e acompanhamento. O acompanhamento clínico-laboratorial deverá ser realizado para todos os profissionais de saúde acidentados que tenham sido expostos a pacientes /fonte desconhecidos ou com infecção pelo HIV e/ou hepatites B e C, independente do uso de quimioprofilaxias ou imunizações. (TIPPLE *et al.*, 2004).

Ao referido profissional foi perguntado: foi emitida a comunicação de acidente de trabalho (CAT)? -”não”

Apesar da existência de recursos para minimizar o risco de acidentes com exposição a material biológico, o que se percebe é que existe uma baixa adesão, pelos profissionais, a esses recursos e quando ocorrem acidentes, embora as medidas pós-exposição sejam claras e oficialmente recomendadas, o que se

vê na prática é o descaso com a notificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise e discussão dos dados foi possível observar que a maioria dos entrevistados é do gênero feminino, se encontram na faixa etária entre 21 e 30 anos de idade, possui titulação de especialista e atuam no serviço básico do SAMU entre 1 e 2 anos. Onde a maioria dos entrevistados não tem conhecimento sobre os protocolos de atendimento nesse tipo de serviço. Mesmo existindo normas para prevenção de acidentes.

Contudo, fica evidente a necessidade de cursos de capacitação e atualização, principalmente em relação aos protocolos e condutas a serem adotada após acidente ocupacional com MBPC, para que os enfermeiros tenham melhor conhecimento teórico e, conseqüentemente, melhor desempenho de suas atividades. Assim, espera-se que o presente estudo possa ter contribuído para detecção de falhas e aprimoramento do conhecimento dos profissionais do setor de emergência do SAMU estudado, bem como fonte de pesquisa para os acadêmicos de enfermagem e demais profissionais da área de saúde, que buscam informações sobre esses riscos que atinge a equipe atuante no atendimento.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (CONEP) **Portaria nº2048/02 sobre a regulamentação do atendimento do serviço de urgência**. Brasília 2002. Disponível em: <<http://www.google.com.br/#hl=pt>>
- LIMA, C. C. M. et al. **Biossegurança no atendimento pré-hospitalar**. Ver Inst. Ciêc. Saúde. 2010; 25(1): 15-22.
- SOERENSEN, A. A. Acidentes com material biológico em profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):234-9.
- LOUREIRO, Livia Agyet al. Adesão de profissionais de enfermagem ao seguimento clínico após exposição ocupacional com material biológico. publicado em: 16 fev 2009 são paulo. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a10.htm> Acesso em: 03 out 2012.
- ARANTAGY, Ana Mario et al. Manual de condutas exposição ocupacional a material biológico. www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/condutas.pdf. Disponível em: <rio de janeiro>. Acesso em: 23 set 2012.
- ANVISA. **Resolução da diretoria colegiada**: Agencia nacional de vigilância sanitária. 306. ed. Brasília, 2004. 25 p.
- KEMPER, Micheline Moreira. Manual de desinfecção e biossegurança do serviço de atendimento móvel de urgência SAMU-192 de Santa Catarina. Florianópolis. 2006. p. 166.
- PRADO, Marinésia Aparecida do et al. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. *Revista Brasileira de Enfermagem*: Reben, Goiana- Go, n. , p.1-6, 15 fev. 2006.
- TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga et al. Acidente com material biológico com trabalhadores da área de expurgo em centros de material e esterilização. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 2, p.271-278, 25 ago. 2004.

Data de recebimento para publicação: 06.02.2013. - Data de aprovação do trabalho: 22.02.2013.

Atuação de Enfermeiros no Método Mãe Canguru

Pratice Nurses in Kangaroo Mother Care

Érica Rafaela Angelo Bento¹
Tarciana Sampaio Costa²
Raquel Campos de Medeiros³
Hellen Maria Gomes Araújo Souza⁴

RESUMO: O Método Mãe Canguru (MMC) é uma assistência neonatal humanizada que envolve o recém-nascido (RN) pré-termo e a mãe, promovendo proximidade através do contato pele a pele. O presente estudo teve como objetivo identificar a atuação dos enfermeiros em uma maternidade pública situada no município de Patos-PB no Método Mãe Canguru. Tratou-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semi estruturado, previamente elaborado pela pesquisadora e de fácil compreensão. Realizadas as entrevistas com as enfermeiras, constatou-se que o Método Mãe Canguru é percebido pelas mesmas como um vínculo que aumenta a proximidade entre mãe e filho; verificou-se através dos relatos que as dificuldades enfrentadas pelas profissionais estão relacionadas com a adaptação das mães ao método, e para amenizar tais dificuldades, elas orientam as mães sobre a importância e os benefícios do método para o binômio mãe e filho, dentre os benefícios destacou-se o ganho de peso e o estímulo ao aleitamento materno como benefícios primordiais. Diante dos resultados, observou-se a necessidade de sugerir a ampliação do acesso da família às mães. Facilitando para que ocorram as transformações que vão possibilitar aos pais superarem barreiras e se movimentarem em direção à aproximação e interação com seu filho.

UNITERMOS: Atuação. Enfermeiros. Método Mãe-canguru.

ABSTRACT: *Kangaroo Mother Care (KMC) is a humanized neonatal care involving preterm newborn (NB) and mother, promoting closeness through skin to skin contact. This study aimed to identify the performance of nurses in a public hospital located in the city of Patos-PB, in Kangaroo Mother Care. It was a field research, of descriptive kind with qualitative approach. To collect data, it was used a unstructured interview script, previously prepared by the researcher and easy to understand. After the interviews with the nurses, it was found that Kangaroo Mother Care is perceived by them as a link that increases the closeness between mother and child; it was verified through reports that the difficulties faced by professionals are related to the adaptation of mothers to the method, and to mitigate such difficulties, they guide mothers on the importance and benefits of the method to the mother and son binomial, among the benefits it was highlighted the weight gain and the encouragement of breastfeeding as primary benefits. Given the results, it was observed the need to suggest the increase of the family access to the mothers. Facilitating to occur transformations that will enable parents to overcome barriers and move toward approach and interaction with their son.*

KEYWORDS: *Performance. Nurses. Kangaroo Mother Method.*

1. Artigo 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.

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Rua Albenor Moreira de Caldas nº 18, CEP 58765-000, Piancó-PB. Email: erica_raf@hotmail.com.

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

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

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

INTRODUÇÃO

O Método Mãe Canguru (MMC) é uma assistência neonatal humanizada voltada ao Recém-Nascido de baixo peso (RNBP) e ou RN pré-termo. Tal assistência é caracterizada pelo contato precoce do binômio mãe e filho, permitindo o contato pele a pele, mantendo maior vínculo afetivo e participação dos pais no cuidado ao RN. A posição vertical junto ao tórax da mãe, pai ou outro familiar, em decúbito elevado é a posição que o bebê deve permanecer para evitar o refluxo (FERREIRA; SOUZA, 2011).

A portaria nº 693 de 5 de julho de 2000 do Ministério da Saúde trata sobre a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP), conhecido como MMC. Esse método surgiu por volta de 1979 na Colômbia, idealizado e implantado pelos doutores Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá. O MMC foi desenvolvido com a ideia de que, a colocação do recém-nascido contra o peito da mãe, promoveria inúmeras vantagens ao substituir as incubadoras (VENACIO; ALMEIDA, 2004).

Dentre as vantagens do MMC, destaca-se o aumento da sobrevivência do RN prematuro e de baixo peso; melhora do desenvolvimento sensorial, neurocomportamental e psicoafetivo; melhora da qualidade de vida por meio do contato corpo a corpo com a mãe ou o pai aumentando o vínculo, tornando-os mais confiantes e seguros; estímulo à relação amigável entre a equipe de saúde e familiares; garantia de estabilidade térmica; redução do estresse e dor; estímulo ao aleitamento materno, permitindo início mais precoce, maior frequência e duração; diminuição da morbidade e do tempo de internação, como também redução da taxa de infecção hospitalar e conseqüentemente melhora da qualidade da assistência com menor custo para o sistema saúde. Destaca-se que o método se inicia no hospital e continua no domicílio, mediante acompanhamento da equipe de saúde (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010; DAVIM *et al.*, 2009).

No Brasil, os primeiros serviços que desenvolveram o MMC foram os do Hospital Guilherme Álvaro em Santos-SP (1992) e do Instituto Materno-Infantil em Recife-PE (1993). A partir dessas exitosas experiências, houve considerável expansão do método no país, em decorrência das vantagens, tanto para os pais quanto para o RN, embora, nas políticas brasileiras, a ênfase esteja vinculada mais para os benefícios relacionados ao bebê (ARIVABENE; TYRRELL, 2010).

É importante salientar que a atuação dos enfermeiros no método é de grande relevância, pois os mesmos servem de vínculo entre a família do RN e a equipe de saúde. É através das orientações dos enfermeiros que as mães são capacitadas, que é passado confiança e controle das reações do bebê, retirando o medo e a insegurança, aumentando a habilidade de cuidar do bebê. Promovendo equilíbrio emocional e maior produção de leite materno (DAVIM *et al.*, 2010). Neste sentido, surge a problemática deste estudo através da seguinte indagação: Qual a atuação dos enfermeiros da maternidade Dr. Peregrino Filho no Método Mãe Canguru?

As aulas práticas da disciplina de Obstetrícia na referida Maternidade, motivaram-me a desenvolver estudos

considerando tal temática, no intuito de estudar e conhecer a atuação dos enfermeiros no cuidado com as mães e com o RN que adotam o MMC. Tal investigação poderá contribuir com a formação dos enfermeiros nesta perspectiva, ao discutir a atuação dos mesmos no MMC e a relevância deste para o binômio mãe-filho. Ademais, este trabalho contribuirá, outrossim, com a produção científica no que tange ao desenvolvimento de estudos considerando esta problemática.

Assim este estudo tem como objetivo Identificar a atuação dos enfermeiros em uma maternidade pública situada no município de Patos-PB no Método Mãe Canguru.

MÉTODO

Este estudo foi de campo, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em uma maternidade pública do município de Patos-PB. A população de estudo foi constituída por 5 enfermeiras que trabalham na Maternidade de escolha e que realizam trabalho no método mãe canguru.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista não estruturado, previamente elaborado pela pesquisadora e de fácil compreensão, subdividido em duas partes. A primeira parte trata das questões sócio-demográficas e a segunda das questões subjetivas relacionadas ao objetivo deste estudo.

Após aprovação do Comitê de Ética sob protocolo 168/2012, deu-se início a coleta de dados, esta ocorreu no mês de Agosto de 2012. A cada participante foi informado o caráter acadêmico da pesquisa e foi apresentado o Termo Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando assim a Resolução 196/96 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Para análise de dados adotou-se a Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin e tratada por Triviños (2006). Segundo este autor, tal análise compreende três grandes etapas, sendo estas descritas a seguir: 1) Pré-análise - refere-se à organização do material coletado, a partir da transcrição na íntegra do conteúdo das entrevistas; 2) Descrição analítica - que congrega as fases de transformação dos dados no corpus do estudo, em que o referencial teórico é revisto junto aos dados coletados a fim de proceder à codificação, classificação e categorização; e 3) Interpretação referencial - fase em que a reflexão e a intuição baseada no aporte teórico permitem ao pesquisador identificar o conteúdo manifesto e o material latente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Caracterização dos dados sócio demográficos (N=05).

VARIÁVEIS – ESPECIFICAÇÕES	N	%
Gênero - Feminino	05	100
Faixa Etária – 25 a 35 anos	05	100
Estado Civil		
Casada	02	40
Solteira	03	60
Titulação - Especialista	05	100
TOTAL	05	100

Fonte: Dados obtidos com a pesquisa.

Segundo a Tabela 1, apresenta que 100% (05) são do sexo feminino, o que confirma que existe uma predominância feminina em todas as categorias dos trabalhadores de enfermagem.

Isso pode ser relacionado com os achados do estudo de Ribeiro (2005), que o papel do cuidar está ligado a imagem da mulher tem feito parte da existência humana desde o início dos tempos. Imagem que foi desenvolvida a partir do desempenhar do papel da mãe. Mais tarde com o desenvolvimento do Cristianismo, o cuidar surge ligado ao papel feminino das irmãs de caridade, que prestavam cuidados a nível espiritual. As enfermeiras mulheres consagradas, exerciam sua prática como um ato de caridade dedicado a sua vida a cuidar dos enfermos.

De acordo com os resultados da tabela 1, pode-se observar que 100% (05) das enfermeiras encontra-se na faixa etária de 25 a 35 anos.

Em relação ao estado civil das 05 enfermeiras, verificou-se que a maioria afirma ser solteiras, representando o total de 60% (03) e apenas 40% (02) afirmam ser casadas.

Os resultados quanto ao nível de titulação, mostram que 100% (05) das enfermeiras são especialistas. Atualmente as organizações ou instituições de saúde vivem em constantes modificações necessitando assim que os seus profissionais se atualizem, oferecendo dessa forma uma assistência de maior qualidade aos usuários. Segundo Gomes (2006) disse que a evolução do conhecimento nas mais variadas áreas do saber, assim como a crescente incorporação da tecnologia na prática de cuidados de enfermagem requer necessariamente uma maior especialização e formalização dos saberes profissionais.

A experiência profissional, o desenvolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de formação são fatores que estimulam nos profissionais a permanência em uma organização e ainda o tempo de atuação em uma instituição pode estar associado a proposta de trabalho da instituição e satisfação profissional (MARTINS, 2006).

Os resultados foram descritos em categorias para melhor compreensão e análise do conteúdo. Neste sentido, em relação a percepção dos enfermeiros no que tange ao Método Mãe Canguru, identificou-se apenas 01 categoria, sendo esta intitulada “vínculo”, uma vez que as enfermeiras relataram que o MMC é um setor da maternidade de grande importância. Se bem que a mãe fica junto ao seu bebê 24 horas, deixando na posição vertical entre seus seios, aquecendo-o, passando segurança, amor, compromisso. Este contato pele a pele favorece a relação entre os dois, aumentando cada vez mais o vínculo afetivo entre mãe e filho, a formação do vínculo e do apego é fundamental para o bebê, pois gera uma base emocional sustentada na segurança e na estabilidade, conforme observado nos seguintes depoimentos: *“O MMC é muito importante, ele substitui a incubadora, tem o contato pele a pele entre mãe e bebê, ou seja, é um método totalmente natural.”* (E 3). *“É um tempo de reabilitação pro bebê, pelo fato dele sair de uma incubadora e passar a ter mais contato com a mãe, e pra mãe que estava distante do bebê, aumentando o contato, o vínculo mãe e filho.”* (E 1).

Pelos discursos descritos, observou-se que alguns participantes demonstraram conhecimento significativo em relação ao MMC, portanto, mostrou-se que quanto mais a mãe está próximo do filho, melhor o seu desenvolvimento, dessa forma, objetiva fortalecer o vínculo mãe e filho, vivenciando cada dia o calor e a afetividade.

A modalidade assistencial Método Mãe-Canguru no alojamento conjunto apresenta um modelo eficaz com ótima relação custo-benefício (DAVIM et al., 2009). Adota a prática de colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe no intuito de fortalecer o vínculo mãe-bebê, incentivar o aleitamento materno e promover maior segurança nos cuidados com seu filho (VÉRAS; YÉPEZ, 2010). Conseguir reduzir o tempo de separação entre os pais e o bebê, o vínculo dos pais com o bebê é uma importante ligação, sendo fundamental para a sobrevivência física e psíquica da criança (PAIM, 2007).

Questionou-se entre as enfermeiras sobre a atuação das mesmas durante a execução do MMC. Identificou-se a categoria “orientação”, no que diz respeito à orientação, as entrevistadas afirmaram que o trabalho é voltado para o direcionamento das mães sobre o valor do método, a importância e incentivo a amamentação, nos cuidados que elas devem ter com o bebê. Visto que a responsabilidade delas está voltada à orientação das mães, conforme os seguintes depoimentos: *“Então, a gente orienta, passa a orientação do método. Todo procedimento realizado no bebê a gente orienta a mãe, até porque ela precisa aprender os cuidados com o RN quando ela chegar em casa... É mais questão de orientação mesmo.”* (E 3). *“Orientamos as mães para colocar o bebê na faixa, isso deixa ele mais calmo.”* (E2). *“Trabalhamos ações educativas com as mães, para quando elas saírem daqui saberem cuidar do bebê”* (E 1).

Nos discursos das participantes, elas demonstram cuidado em cada procedimento realizado no RN e em cada orientação ofertada as mães. Promovem ambiente saudável à família, mas também humanizam essa atenção hospitalar. Transmitindo às mães segurança.

Nesses casos a mãe também necessita da contribuição dos profissionais de saúde não só para auxiliar na técnica, mas para ajudar nas intercorrências que possam surgir deparadas pelo prematuro. Por fim, ao cuidar de bebês hospitalizados e de suas mães ou familiares, os profissionais da saúde, em especial, da enfermagem humanizam essa atenção hospitalar, pautada em princípios humanísticos sem destituir as pessoas de seus aspectos existenciais, tendo-se o cuidado de não torná-los objetos e números de leitos (DAVIM et al., 2009).

Na aplicação do método canguru, a equipe de enfermagem ocupa uma posição especial, pois mantém uma relação direta e contínua com o bebê e seus pais em todas as etapas do programa, realizando cuidados para o conforto e para maior aproximação entre eles. O enfermeiro é um importante agente na promoção e concretização das estratégias de humanização junto aos outros profissionais. Dentre as quais podemos destacar: ao colhimento dos pais e família extensiva do bebê na Unidade Neonatal; a comunicação e expressão das vivências através dos grupos de apoio e a participação dos pais nos cuidados do bebê, tais como banho e troca de fraldas. A enfermagem ao cuidar dos bebês e de seus pais confere às suas ações uma amplitude riquíssima de

sensibilidade, ética, estética e solidariedade humana (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009). A enfermeira atua no método, sendo um instrumento de orientações dos procedimentos e capacitação da mãe, resultando na maior produção de leite materno, equilíbrio emocional, confiança e controle das reações do recém-nascido, remoção do medo, da insegurança e aumentando a habilidade em cuidar de seu bebê prematuro (DAVIM *et al.*, 2009).

Os profissionais relataram sobre as dificuldades que eles enfrentam no MMC, o qual todas as participantes referiram que a maior dificuldade tange as “mães” caracterizando-a como categoria. Como cada mãe tem pensamentos diferenciados, logo na admissão delas o enfermeiro faz todo um levantamento da importância do MMC e orienta como elas devem interagir com a equipe e com o seu bebê para a assistência ser melhor. A maioria das mães não compreende sua importância como um instrumento no desenvolvimento do seu filho, é através do contato dela e das suas atitudes que o método funciona com qualidade. Algumas não aceitam a interação com a equipe, o tempo de internação determinado, ficam ansiosas, onde todos esses fatores servem de obstáculos, conforme observado nos depoimentos: *“As mães não cooperativas. Porque se elas não cooperam o método não anda.”* (E3) *“A maior dificuldade é a não adesão de algumas mães que não querem ficar internada pelo tempo indicado pelo seu filho.”* (E4).

Observou-se que as participantes sentem-se preocupadas em relação a assistência que as mesmas tem que prestar as mães, mas que não é possível ser 100%. Como cada mãe tem pensamentos individualizados, querem priorizar finalidades opostas. Por isso que é importante a conscientização por parte dos profissionais, da limitação dessas mães.

Estudos demonstram que o nascimento prematuro de um filho pode causar estresse, ansiedade e depressão nos pais, prejudicando desse modo, o estabelecimento do vínculo e apego. Em casos de prematuridade, a mãe pode sentir-se culpada e responsável pelo sofrimento do seu filho (MENDES; GALDEANO, 2006). Estar com o bebê, experienciando a totalidade do momento do encontro, é interagir por meio do olhar, do toque, da fala e de outras ações que favorecem sensações de segurança e conforto. Durante o período de internação, a equipe de Enfermagem permeia a orientação e o incentivo à assistência. Desse modo as mães são inseridas no processo de cuidar e se demonstram receptivas, atenciosas em participar da assistência (ELEUTÉRIO *et al.*, 2008).

Sobre as vantagens relacionadas ao MMC, as enfermeiras destacaram em categorias, sendo o “ganho de peso e estímulo ao aleitamento materno”. No que diz respeito ao ganho de peso, é considerado como um benefício primordial, uma vantagem visível. E quando se fala em estímulo ao aleitamento materno, pode-se destacar que há um incentivo por parte dos profissionais, na orientação as puérperas quanto a importância, estabelecendo um vínculo com maior facilidade, conforme observado nos seguintes depoimentos: *“Porque o ganho de peso do bebê é rápido, quando a mãe faz o método perfeito.”* (E3) *“... é comprovado cientificamente que ajuda o bebê na engorda.”* (E5) *“O aprendizado das mães sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo por 6 meses.”* (E2) *“O*

estímulo a amamentação porque no MMC tem como dar mais assistência, está observando a mama da mãe, a pele, a sucção do RN, então assim... quando o método é bem feito, o resultado é muito satisfatório.” (E3).

É importante ressaltar que o papel da Enfermagem no trabalho de conscientização é muito importante. Porque a mãe precisa de alguém para estreitar o vínculo mãe-filho para que haja um incentivo na amamentação e conseqüentemente no ganho de peso do prematuro de baixo peso.

O peso constitui uma importante variável de avaliação do crescimento e a evolução ponderal do RN prematuro é fator considerado prioritário em serviços de neonatologia como um dos critérios para a análise do seu crescimento e desenvolvimento, determinando a alta hospitalar (FREITAS; CAMARGO, 2007). Este método tem como vantagens aumentar o vínculo mãe-filho; evitar longos períodos sem estimulação sensorial por reduzir o tempo de separação mãe-filho; estimular o aleitamento materno, o que favorece maior frequência, precocidade e duração, melhorar o controle térmico, devido a maior rotatividade dos leitos; reduzir o número de RN em unidades de cuidados intermediários; reduzir o índice de infecção hospitalar e possibilitar menor permanência no hospital (ALMEIDA; ALMEIDA; FORTI, 2007). Para a sobrevivência dessas crianças o aleitamento materno é fundamental, pois o leite das mães de prematuros, conforme o descrito na literatura apresenta uma diferença na composição do aporte protéico-energético e dos constituintes imunológicos, em relação ao produzido pelas mães de recém-nascidos nascidos a termo (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo formou-se a partir do interesse de conhecer a atuação dos enfermeiros no MMC, discutindo a contribuição e as dificuldades que os mesmos se deparam. Sendo esses os objetivos, pode-se mencionar que foram alcançados. Os resultados identificados apontaram no estudo categorias, tais como vínculo, orientação, mães, ganho de peso e aleitamento materno.

Em relação à percepção das enfermeiras sobre o MMC, neste sentido identificou-se a categoria “vínculo”, denotando que no período de hospitalização a aproximação entre mãe e filho ocorre de forma eficiente, o tempo e o contato pele a pele é prazeroso para ambos.

As ações realizadas pela enfermagem estão mais voltadas para a “orientação”, a permanência no ambiente hospitalar de forma contínua requer conversa, atenção entre profissionais e pacientes. E o aprimoramento no cuidado da mãe com o filho surge a partir de orientações e de ensino por parte da enfermagem, facilitando a boa relação e interação entre os mesmos.

É importante destacar que as dificuldades também estão presentes quando se trata de relação profissional com as mães dos RN. Há necessidade de compreensão e de expressão, porque cada mãe se comporta de forma diferente, por isso que a enfermagem tem que ser articuladora e tutora do cuidado.

Tratando-se de benefícios, pode-se frisar o ganho de peso e o estímulo ao aleitamento materno, são benefícios que

caminham juntos. É notório que com o estímulo ao aleitamento materno, uma boa sucção o bebê conseqüentemente ganha peso. E é através deste ato que o sentimento de amor amadurece.

A assistência de enfermagem é favorável. Mas, tratando-se de apoio e orientação multiprofissional ainda não é considerando suficiente para solucionar o problema considerado como a dificuldade das mães na realização do método. É

necessário, no meu ponto de vista, prolongar o horário de visitas para as mães, porque a maioria delas não aceitam o tempo de internação considerado em alguns casos longos, pelo fato de se sentirem sozinhas, sem os familiares por perto, sem as conversas do cotidiano, sem aquelas pessoas que são como base de segurança. Porque atenção se retribui com atenção.

R E F E R Ê N C I A S

- ALMEIDA, C. M.; ALMEIDA, A. F. N.; FORTI, E. M. P. Efeitos do Método Mãe Canguru em recém-nascidos pré-termo. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v.11, n.1, 2007.
- ARIVABENE, J. C.; TYRRELL, M. A. R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.18, n.2 Mar/Abr. 2010.
- BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr.** v.21 n. 3. 2008
- DAVIM, R. M. B., *et al.* Método mãe-canguru: vivência de mães no alojamento conjunto. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 39, jan./mar. 2009.
- BRASIL, Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa CONEEP. Resolução 196/96 Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996
- ELEUTÉRIO, F. R. R., *et al.* O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe canguru. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 7, n. 4. 2008
- FERREIRA, N. A. E. S., SOUZA, M. C. M. R. O método mãe-canguru como instrumento de promoção do aleitamento materno exclusivo. **NBC - Periódico Científico do Núcleo de Biociências**. v.1, n.01, ago.2011
- FREITAS, J. O.; CAMARGO, C. L. Método Mãe - Canguru: evolução ponderal de recém-nascidos. **Acta Paul Enferm.** V. 20, n. 1. 2007.
- GOMES, B. P. Contributos da formação para o desenvolvimento de competência na área de enfermagem de reabilitação. **Texto e Contexto-Enfermagem**. v. 15 n. 2. Florianópolis, 2006.
- MARTINS, C *et al.* Perfil do enfermeiro e necessidade de desenvolvimento de competência profissional. **Texto contexto-enferm;** Florianópolis, v. 15, n. 3, sept. 2006.
- MENDES, A. P. D.; GALDEANO, L. E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.5, n.3, p.363-371, set/dez. 2006.
- NEVES, P. N., RAVELLI, A. P. X.; LEMOS, J. R. D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puerperas. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) v.31, n.1, p.48-54, Mar. 2010.
- PAIM, B. J. P. A constituição subjetiva, o desenvolvimento psicomotor e a educação de crianças que nasceram pré-termo e participaram da posição “mãe-canguru”. Tese Doutorado. Universidade Federal do Rio grande do Sul - UFRGS. 2007
- RIBEIRO, Guiomar. **Análise reflexiva de um conceito “O Cuidar”**. 2005.
- SILVA, L. J.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Rev. esc. enferm.** USP v.43 n.3 Sept. 2009.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2006.
- VENANCIO, S.I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, 2004
- VÉRAS, R. M.; YÉPEZ, M. A. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. Copyright. **Revista Estudos feministas**. 2010.

Data de recebimento para publicação: 08.02.2013. - Data de aprovação do trabalho: 27.02.2013.

Assistência de Enfermagem na Prevenção do Câncer de Mama na Estratégia Saúde da Família

Nursing Assistance in Preventing Breast Cancer in The Family Healthcare Strategy Center

Jussara Socorro Cavalcante de Sousa Rocha¹

Kilmara Melo de Oliveira Sousa²

Geane Gadelha de Oliveira³

Sheila da Costa Rodrigues Granjeiro⁴

RESUMO: O câncer é o principal problema de saúde e uma das causas mais importantes de morbi-mortalidade em adultos e crianças. Sabe-se que as mamas fazem parte do sistema reprodutor feminino apresentando grande importância para as mulheres, pois estão relacionados à amamentação, ao erotismo, à sexualidade, e até mesmo a sua identidade como mulher. O objetivo proposto foi Investigar as ações de enfermagem na prevenção do câncer de mama. Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa realizado na Estratégia Saúde da Família no município de Teixeira-PB. A população foi de 100% dos enfermeiros, sendo que a amostra foi de 05 enfermeiros. O instrumento para coleta de dados foi um roteiro de entrevista contendo perguntas objetivas e subjetivas, o procedimento para a coleta foi por meio das questões. A análise dos dados quantitativos por meio do Programa do Excel exposto por meio de gráficos, para os dados qualitativos foi exposto através de quadros e discussão da fala do sujeito. Os resultados encontrados que todos os entrevistados eram do sexo feminino, quanto ao estado civil a maioria eram casadas, quanto a idade a maioria afirma que possuem entre 21 a 30 anos e ao tempo de atuação menos de 4 anos, assim como o nível de titulação a maioria não possuem pós-graduação. Assistência de enfermagem é de suma importância para a prevenção do câncer de mama, uma vez que as orientações devem ser feitas de forma sistematizadas ao público alvo, que são as mulheres necessitam sobre as dificuldades em realizar o auto-exame das mamas, e explicar a grande relevância da realização do exame clínico das mamas. Então podemos concluir, no decorrer da pesquisa foi possível identificar a grande magnitude de se realizar uma assistência de qualidade com base nas premissas do acolhimento com a finalidade de realizar a promoção, prevenção em saúde.

UNITERMOS: Enfermagem. Mama. Prevenção.

ABSTRACT: Cancer is the number one public health problem and one of the top morbidity and mortality causes among children and adults. It is known that the breast are part of the female's reproductive system posing great importance for women, because they are linked to breastfeeding purposes, erotism, sexuality and even their own identities as females. The proposed objective was to investigate the actions of the nursing crew in preventing breast cancer. This is an exploratory descriptive study that employed a quanti-qualitative approach conducted at a Family Healthcare Strategy Center in the town of Teixeira-PB. The population comprised 100% of the nurses, whilst the samples included 05 of them. The means for data collection was an interview survey containing multiple choice and free response questions. The analysis of the quantitative data was done through graphics designed in the Microsoft Excel and the qualitative data was presented on charts and discussions on the subjects' speech. The results showed that all of the interviewed subjects were females, most of the married, between 21 and 30 years of age and with less than four years on the job and most of them do not have any post-graduation degrees. Nursing assistance is highly important for prevention of breast cancer, as it should be done systematically to the target audience, which is the group of women who are having difficulties in performing the mammary self-examination; and it is also imperative to explain to them the importance of doing breast clinical exams. Therefore we may conclude that, throughout the research, it was possible to identify the great magnitude of running high quality assistance based of the principles of in-taking patients aiming at providing healthcare promoting and preventive actions.

KEYWORDS: Nursing. Breast. Prevention.

1. Artigo 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.

2. Acadêmica do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem/FIP. 2012/2. Correspondência: Manoel de Oliveira Lira, nº34, Teixeira-PB. E-mail:jussaracavalcante@hotmail.com.

3. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

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

5. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um problema de saúde importante nos Estados Unidos atualmente não existe cura. Estima-se que mais de 221.000 mulheres e 1.700 homens desenvolvem a doença e mais de 41.000 morrem dela por ano (SMELTZER; BARE, 2009). O câncer é o principal problema de saúde e uma das causas mais importantes de morbi-mortalidade em adultos e crianças. Sabe-se que as mamas fazem parte do sistema reprodutor feminino apresentando grande importância para as mulheres, pois estão relacionados à amamentação, ao erotismo, à sexualidade, e até mesmo a sua identidade como mulher.

As taxas de incidência aumentaram continuamente, as estatísticas apontam que durante toda a vida (nascimento morte), o risco de uma mulher desenvolver o câncer de mama é de 1 em 8. Quando diferenciado pela idade, o risco para 39 anos de idade é de 1 em 209, aumentando para 1 em 24 aos 59 anos de idade. Aproximadamente 80 % dos cânceres de mama são diagnosticados depois dos 50 anos de idade (SMELTZER; BARE, 2009).

Para Timby; Smith (2005), o câncer de mama é aneoplasia mais frequente na mulher, e a maior causa de morte por esse tipo de doença. Manifesta-se pela primeira vez como massa palpável ou anormalidade podendo apresentar dor na mama, drenagem sanguinolenta do mamilo, depressão da pele sobre a lesão, retração mamilar e uma diferença de tamanho entre as mamas.

O câncer da mama, tal como outras formas de câncer, é o resultado de vários fatores hereditários e ambientais. Alguns desses fatores incluem: Lesões ao DNA tais como mutações genéticas. Mutações que podem levar ao câncer de mama têm sido experimentalmente associadas à exposição de estrogênio; Falha de vigilância imune, uma teoria em que o sistema imunológico remove células malignas durante toda sua vida. Fator de crescimento anormal de sinalização na interação entre células estromais e células epiteliais pode facilitar o crescimento de células malignas. Herdadas defeitos no DNA reparar genes. As pessoas em países menos desenvolvidos, um relatório taxas de incidência mais baixas do que nos países desenvolvidos (SMELTZER; BARE, 2009).

Dentre os meios de detecção precoce, auto-exame da mama, apesar de não possuir a mesma eficácia que as técnicas mamográficas os profissionais, são considerados como o principal método de detecção do câncer de mama pelas mulheres, já que na maioria das vezes, é a própria mulher quem encontra o tumor.

Para Nettina (2003), o câncer de mama é o mais comum e o maior causador de mortes em mulheres; sendo o câncer uma doença da célula em que os mecanismos normais de controle, crescimento e proliferação são prejudiciais o que resulta em alterações morfológicas distintas da célula e em alterações nos padrões teciduais.

Dessa forma, entende-se que o câncer de mama surge de uma massa de células anômalas que passam a crescer sem controle, podendo invadir os tecidos e órgãos e espalha-se pelo organismo.

O carcinoma mamário representa atualmente um dos principais problemas de saúde em mulheres no século XXI.

Diante disto chegamos a tal problemática: Quais as principais ações de enfermagem para prevenção de câncer de mama na Estratégia Saúde da Família?

A pesquisa foi fundamental para o esclarecimento das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem na prevenção de câncer de mama, ou seja, serão divulgadas as prioridades para a realização deste tipo de exame, assim como para nós como acadêmicos de enfermagem, pois servirá para o esclarecimento de ações voltadas para melhorar a assistência prestadas a elas, no que refere-se à conscientização das mesmas para a realização de exames.

METODOLOGIA

Este estudo foi do tipo exploratório descritivo, desenvolvido através de uma abordagem quanti-qualitativa, em cinco Unidades Básicas de Saúde da família no Município de Teixeira-PB.

A população foi composta pelos 05 enfermeiros atuantes na ESF, enquanto nossa amostragem contou com 100% da população da pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A realização da pesquisa aconteceu através da coleta de dados nas unidades de saúde da família, observando as recomendações éticas contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, especificamente o artigo III que, trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

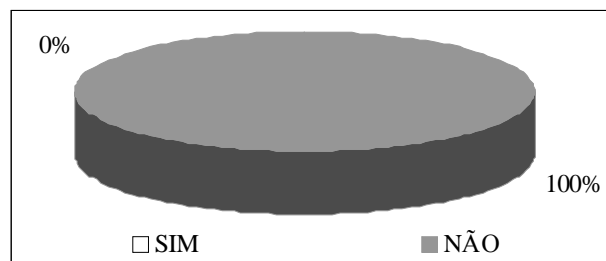
O instrumento para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista formulada com perguntas objetivas e subjetivas, estando às mesmas divididas em duas sessões: sendo a primeira os Dados de Caracterização da Amostra e a segunda Caracterização das Ações Realizadas na ESF.

Após aprovação do projeto pelo comitê de ética os dados foram coletados na ESF, de preferência em uma sala livre de tumulto, onde teve um tempo de 10 a 15 minutos de duração sendo neste momento usado para explicar os objetivos da pesquisa e os que ela quer repassar para o público, procurando não induzir as respostas e deixando claro o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem danos.

Os dados coletados foram submetidos à análise da estatística e expostos por meio de tabelas e gráficos feitos no Excel. Os dados qualitativos foram analisados através da literatura pertinente, no discurso do sujeito coletivo.

RESULTADOS E DISCURSÃO

Gráfico 1 - Distribuição da amostra acerca se você realizou alguma capacitação para a prevenção do câncer de mama.



De acordo com o Gráfico 1, 100% da amostra afirmam não ter realizado nenhuma capacitação para a prevenção do câncer de mama.

É preocupante a análise deste dado, uma vez os profissionais de enfermagem não procuram realizar capacitação no âmbito de prevenção do câncer de mama, sendo um tema muito debatido por apresentar uma grande incidência da patologia.

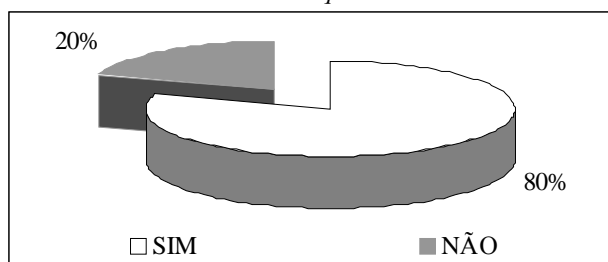
O número alarmante na incidência do câncer de mama permite inferir sobre a necessidade urgente de programas e políticas de saúde voltadas para prevenção. A política de saúde pública e a medicina preventiva devem ser prioridades em qualquer governo para o enfrentamento das condições identificadas como problema para a população em questão.

No Brasil o que ocorre na maioria das vezes principalmente em serviços públicos de saúde é a falta de diretrizes, procedimentos sistematizados, condições técnicas que possibilitem o diagnóstico precoce, maior conscientização da população, melhor preparo dos profissionais da saúde e principalmente do empenho da equipe de enfermagem como veículo de informações (CHARANEK; TOCCI, 2004).

A equipe de enfermagem tem participação fundamental no processo educativo para a saúde, o desconhecimento por parte das mulheres como paciente favorece a prática inadequada da técnica de prevenção disponível (ALVES; AERTS, 2011).

O processo educacional deve ser dirigido tanto a população em geral, quanto aos profissionais de saúde, visando, especialmente ao diagnóstico precoce e prevenção. A elaboração e implantação de programas de detecção precoce do câncer de mama deverão, imperiosamente, incluir estratégia para inserção e conscientização dos profissionais da saúde (CHARANEK; TOCCI, 2004).

Gráfico 2 - Distribuição da amostra se o enfermeiro desenvolve ações de enfermagem de prevenção do câncer de mama na ESF que trabalha.



Segundo o Gráfico 2, demonstra que 80% (4) relata que realiza ações de enfermagem para prevenção do câncer de mama no local de trabalho, enquanto que apenas 20% (1) afirma não.

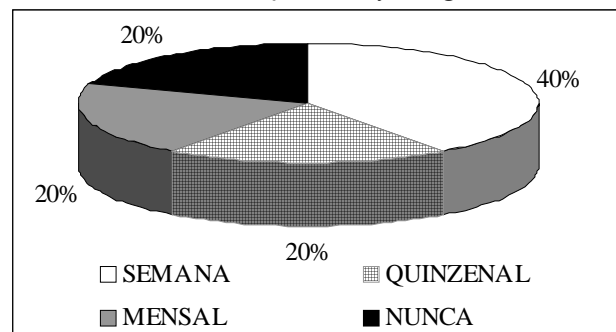
As ações de enfermagem são de grande importância para a realização de prevenção do câncer de mama, bem como forma de orientá-las sobre os cuidados as usuárias devem ter no que se refere a adesão do auto-exame das mamas, como forma de identificar de forma precoce algum tipo de alteração no tecido mamário.

O Programa Saúde da Família PSF, visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de enfermagem que visam a promoção, proteção e recuperação da

saúde, tendo como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital passando a focar a família em seu ambiente físico e social (SILVA, 2011).

Nesse contexto, o PSF se coloca como importante ferramenta da assistência à saúde especialmente no que tange aos profissionais envolvidos neste nível de atenção que a população, a mais carente de forma prioritária, onde a mesma busca diagnóstico ou mesmo encaminhamento específico para uma atenção especializada quando apresenta um problema de saúde, então desta forma o papel do enfermeiro é ponto fundamental por esta mais próximo da comunidade (SILVA, 2011).

Gráfico 3 - Distribuição percentual sobre a frequência que realiza as ações de enfermagem

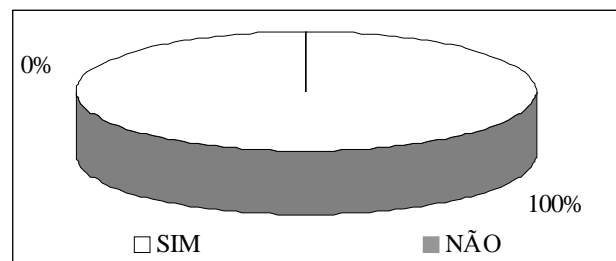


De acordo com o Gráfico 3, 40% (2) afirma realiza semanal as ações de enfermagem, 20% (1) quinzenal, 20% (1) ser mensal, e 20% (1) afirma que nunca realiza tais ações.

O dado analisado é satisfatório pois a maioria realiza ações de enfermagem para a prevenção do câncer de mama semanalmente, o que torna um fator primordial para a melhoria da assistência de enfermagem, no que se refere chamar atenção das usuárias para o âmbito de prevenção em saúde, através das palestras, ou seja, das atividades educativas.

Para tanto, a educação em saúde deve estar ancorada na concepção da educação como potencial para contribuir para o desenvolvimento do indivíduo, de modo a estimulá-lo a refletir, desenvolver a consciência crítica, exercer a sua autonomia e cidadania, e criar, possibilitando-lhe transformar a realidade e escrever a sua própria história, então esta prática sendo realizada com frequência estimula cada vez mais as pessoas procurarem realizar a prevenção em saúde (VALDARES NETO; DA PAZ, 2011).

Gráfico 4 - Distribuição da amostra sobre você orienta as usuárias a realizar o auto-exame das mamas

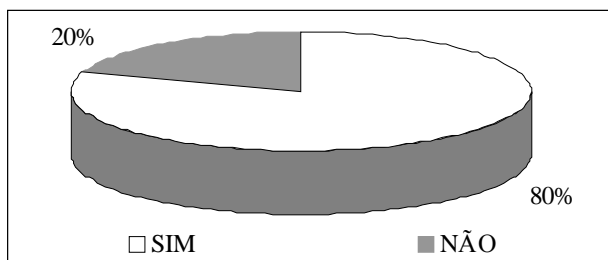


Segundo o Gráfico 4, demonstra que 100% (5) afirma orientá-las sobre a realização do auto-exame das mamas.

As orientações sobre o auto-exame das mamas, é muito importante, uma vez que elas sabendo fazer os passos corretamente do procedimento poder verificar algum tipo de alterações na mama, uma vez que elas devem ter consciência de que também devem procurar o profissional de saúde para realizar o exame clínico das mamas.

A realização do auto-exame da mama (AEM) tem sido importante na detecção precoce do câncer de mama, registrando-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares invadidos pelo tumor (ou por células neoplásicas) nas mulheres que fazem o exame regularmente, além de haver também detecção de pequenas mudanças nas propriedades físicas das mamas, diminuindo assim a probabilidade de metástase e aumentando a sobrevida dessas pacientes (NASCIMENTO; SILVA; MACHADO, 2009).

Gráfico 5 - Distribuição percentual da amostra se as clientes demonstram dúvidas frente ao auto exame clínico das mamas.



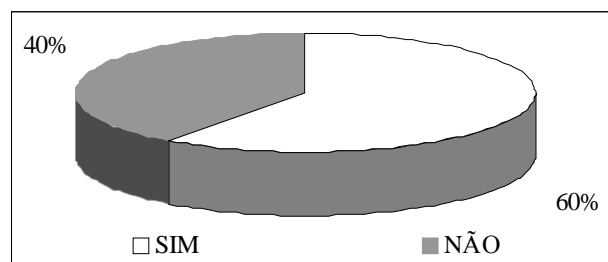
Segundo o Gráfico 5, demonstra que 80% (4) afirma que as usuárias apresentam dúvidas, enquanto que 20% (1) afirma que não.

É notório que as mulheres apresentam dúvidas com relação ao procedimento do auto-exame das mamas, ficando assim evidente que o exame deve ser feito com segurança, onde o enfermeiro deve realizar o repasse de informação sobre a forma correta do exame, e assim poder compreender quais as dificuldades das usuárias assim como praticar a educação em saúde.

É fundamental, também para o conhecimento mais aprofundado pela mulher das próprias mamas de forma a familiarizar-se com a forma, tamanho, aspecto da pele e do mamilo, o que vai facilitar precocemente, a detecção de anormalidades possibilitando um bom prognóstico, podendo evitar a mutilação da mama (LEITE *et al.*, 2011).

O auto-exame sistemático das mamas é recomendado desde a década de 1930, está incorporado às políticas de saúde públicas norte-americanas desde 1950. Pode ampliar as chances de detecção precoce e cooperar para um tratamento bem sucedido e um prognóstico mais favorável quando realizado correta e mensalmente (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Gráfico 6 - Distribuição percentual da amostra se tem algum incentivo no município para realizar ações educativas para a prevenção do câncer de mama.

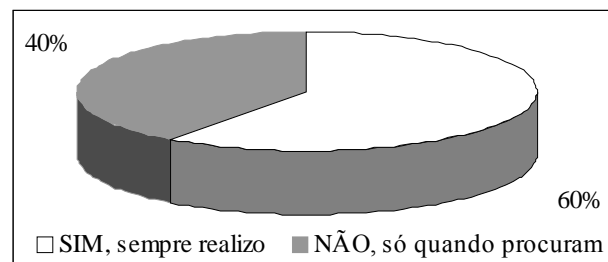


Segundo o Gráfico 6, demonstra que 60% (3) afirma receber do município incentivo para realizações de ações educativas para a prevenção do câncer de mama.

A educação em saúde é vista como fonte primordial para prevenção de inúmeras doenças, onde a mesma tem objetivo de repassar novos conhecimentos, para a população que necessita, então conforme o contexto podemos considerar que deve existir o incentivo por parte do município em realizar campanhas, palestras sobre as patologias que podem ser evitadas com mudanças nos hábitos de vida, e conscientizar a população sobre a importância de se realizar a prevenção em a saúde.

É muito importante este incentivo por parte do município uma vez que sendo estimulado o profissional de enfermagem poderá realizar campanhas contra o câncer de mama, com a finalidade de prevenir a doença, ou alertar as mulheres que estão dentro dos fatores de risco tais: como tabagismo, menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa acima dos 50 anos, consumo de bebidas alcoólicas, ter antecedentes com casos de câncer na família (COSTA; SILVA, 2004).

Gráfico 7 - Distribuição percentual da amostra acerca de realizar o auto-exame das mamas nas pacientes ou só quando elas procuram.



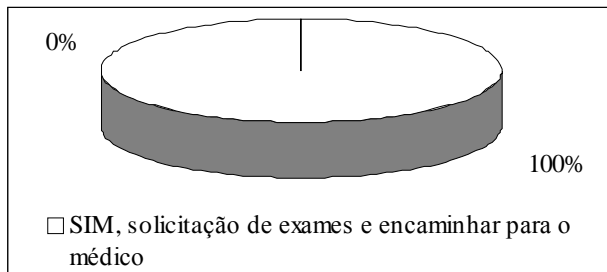
De acordo com o Gráfico 7, 60 % (3) afirma que realiza sempre o exame clínico das mamas, enquanto que apenas 40% (2) diz que não só quando procuram por este tipo de procedimento.

Deve-se ocorrer a adesão por parte dos profissionais de enfermagem quanto as orientações com relação a realização do auto-exame das mamas, uma vez que elas fazendo o acompanhamento do seu proprio corpo facilita os serviços da equipe, ou seja, realizando um trabalho multiprofissional.

Adesão por partes dos profissionais de saúde, é sem dúvida um fator primordial, uma vez que eles estando na atenção básica tem como dever orientar e persistir junto com as usuárias para a prática da realização do exame clínico das mamas, assim

como orientá-las de fazer de forma correta em casa, sendo realizado entre 5 ao 10 dia do ciclo menstrual contando desde do primeiro dia, e no caso de menopausadas escolher de preferência o dia primeiro de cada mês, para realizar o auto-exame das mamas, e conscientizando-as que sempre devem procurar o profissional de saúde, para que também eles avaliem (SILVA, 2011).

Gráfico 8 - Distribuição percentual da amostra, quanto a conduta, quando diagnosticado algum sinal de alteração nas mamas.



De acordo com Gráfico 8, demonstra que 100% (5) da amostra relata que quando diagnosticado algum tipo de alteração encaminha para o médico e realiza a solicitação de exames tais como Mamografia, Ultra-sonografia.

Então é muito importante a percepção de qual a conduta que os profissionais de enfermagem devem tomar, uma vez que primeiramente encaminha para o médico, logo após realiza a anamnese da usuária assim como solicita alguns exames importantes para a confirmação da patologia.

A mamografia é o principal método de rastreamento do tipo de câncer mais frequente entre as mulheres do mundo todo: o câncer de mama. A detecção precoce da doença e o tratamento são essenciais para a redução da mortalidade. Recomenda-se que o exame seja feito de dois em dois anos em mulheres de 50 a 69 anos (SILVA *et al.*, 2009).

No entanto, a Sociedade Brasileira de Mastologia afirma que a mamografia deve ser realizada anualmente em mulheres a partir dos 40 anos de idade. A necessidade do exame é determinada por diversos fatores: sexo, faixa etária e, para as mulheres mais jovens, histórico familiar e fatores de risco. Então podemos considerar que a mamografia é a condição necessária para o

bom desempenho do programa de rastreamento do câncer de mama (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama é considerada um grave problema de saúde pública, sendo mesmo representado pela sua alta incidência, o mais considerando câncer presente no sexo feminino, e com uma menor proporção no sexo masculino.

A pesquisa demonstra que a todos são do sexo femininos, enquanto que a idade foi entre 21 à 30 anos, o tempo de formação é menos de 4 anos, quanto ao estado civil a maioria sendo casado, em relação ao grau de instrução a maioria não possui pós-graduação.

A realização do auto-exame das mamas tem papel fundamental na detecção precoce de tumores na glândula mamária. Então a prática do auto-exame pode detectar tumores que não foram observados pela mamografia e nem pelo exame clínico de rotina. Verifica-se que as usuárias sentem dificuldades em realizar a autopalpação, onde o profissional de enfermagem deve explicar que tal procedimento deve ser feito de forma rotineiramente após a menstruação (ocasião própria na qual as mamas ficam flácidas), ou na primeira semana do mês para as mulheres menopausadas.

O déficit de qualificação nos profissionais de enfermagem se mostrou um dado alarmante, uma vez que são através de capacitações, especializações que obtém maiores conhecimentos científicos bem como técnicos para oferecer uma assistência de qualidade as pessoas que necessitam de orientações.

Assistência de enfermagem é de suma importância para a prevenção do câncer de mama, uma vez que as orientações devem ser feitas de forma sistematizadas ao público alvo, que são as mulheres necessitam sobre as dificuldades em realizar o auto-exame das mamas, e explicar a grande relevância da realização do exame clínico das mamas.

Então podemos concluir, no decorrer da pesquisa foi possível identificar a grande magnitude de se realizar uma assistência de qualidade com base nas premissas do acolhimento com a finalidade de realizar a promoção, prevenção.

R E F E R Ê N C I A S

- ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**. Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24 p. Acesso no dia 12 de novembro de 2011.
- CHARANEK, V. M. TOCCI, H. A. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama. **Revista de Enfermagem**. v. 5, n. 41, 2004
- COSTA, M. B. S. ; SILVA, M. I. T. Impacto da criação do programa Saúde da Família na atuação do enfermeiro. **Revista de enfermagem** .v. 12, n. 3, 2004.
- LEITE, F. M. et al. A estratégia saúde da família e o rastreamento do câncer de mama. **Revista espaço para a saúde**. v. 12, n. 2. 2011.
- NASCIMENTO, Talita Garcia do; SILVA, Sueli Riul da; MACHADO, Ana Rita Marinho. Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, Aug. 2009.
- OLIVEIRA, E.X.G de; et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011.
- SILVA, G. A. O aumento de acesso à mamografia e os desafios para a política de controle do câncer de mama no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Sept. 2011.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al . Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, Dec. 2009 .

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner e Suddarth, **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TIMBY, B. K; SMITH, F. **Enfermagem médico-cirúrgica** . 8 ed. Rio de janeiro : Guanabara Koogan, 2005.

VALDARES NETO, J .D. ; DA PAZ, L. B. Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre os estudantes de medicina de uma instituição privada de ensino de Teresina-PI. **Revista interdisciplinar**. V. 4, n 3, 2011.

Data de recebimento para publicação: 08.02.2013. - Data de aprovação do trabalho: 15.03.2013.

temas em Saúde

Conhecimento de Gestantes Sobre os Riscos da Automedicação Durante o Período Gestacional

Knowledge of Pregnant Women About The Risks of Self During The Gestational Period

Janielle Rodrigues de Sousa¹

Juliane de O. Costa Nobre²

Carlos Bezerra de Lima³

Mércia de França⁴

RESUMO: O uso de medicamentos durante a gravidez exige precauções, no que se refere à escolha do fármaco e principalmente à dosagem apropriada devido às mudanças fisiológicas da unidade materno-feto-placentária, as quais acarretam variações nos processos de absorção, distribuição e eliminação de medicamentos. Diante do exposto, estapesquisa do tipo exploratório-descritiva com abordagem qualiquantitativa objetivou investigar o conhecimento de gestantes sobre os riscos da automedicação durante a gestação. A amostra constou de 30 gestantes que são acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2013 e teve como instrumento um questionário, com perguntas objetivas e subjetivas, aplicado em forma de entrevista. Os resultados do estudo revelam que as gestantes fazem uso de medicamentos por conta própria, mesmo tendo o entendimento sobre os riscos que traz a automedicação.

UNITERMOS: Automedicação. Conhecimento. Gestante.

ABSTRACT: *The use of medications during pregnancy requires precautions, with regard as the choice of drug and dosage appropriate primarily due to physiological changes of the drive maternal-fetal-placental, causing changes in the absorption, distribution and elimination of medications. This is a study of exploratory-descriptive, with a quantiquantitative approach, aimed to investigate the knowledge of pregnant women about the risks of self-medication during pregnancy. The sample included 30 pregnant women who are accompanied by the ESF. Data collection was conducted from February to March 2013 and had as a survey instrument a questionnaire with objective and subjective questions applied as an interview. The study results show that pregnant women use medicaments even with their own understanding of the risks that brings self-medication.*

KEYWORDS: *Knowledge. Pregnant. Self-medication.*

1. Acadêmica do curso de enfermagem nas Faculdades Integradas de Patos (FIP) Patos –PB, Endereço: Rua vereador José Pereira da Silva, - CEP 58978 -000 Santa Inês-PB, Brasil, email: janinharodrigues89@gmail.com.

2. Enfermeira Especialista em saúde da família e saúde pública.

3. Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente e Coordenador do curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP) Patos - PB.

4. Enfermeira. Especialista em Formação pedagógica na área de saúde :Enfermagem. mestranda em ciência da saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul-UNICSUL. Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP) e UFCG.

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma etapa única na vida de uma mulher, é o momento em que ela descobre novas sensações, e a cada passo da gestação cresce mais o afeto maternal. Ser mãe, para algumas mulheres, está entre as maiores opções para a realização pessoal.

A gravidez é considerada como um evento normal na vida da mulher, seu organismo é lentamente preparado e adaptado para levá-la da puberdade à maturidade sexual. Quando a gestante é acompanhada, a grande maioria dos possíveis agravos à sua saúde e à saúde da criança podem ser evitados, pois no decorrer do pré-natal é identificado, prevenindo ou até mesmo curando alguma das possíveis complicações que a gravidez pode trazer para a mulher (BARROS, 2009).

No momento da consulta do pré-natal, em que é realizado de forma sistemática o acompanhamento e cadastro da gestante, é que salienta o profissional de saúde com um papel relevante na transmissão de apoio, bem como orientação, e a confiança da gestante, pois o enfermeiro (a) deve sempre elencar junto à gestante sobre sua autonomia, durante a gestação e principalmente no decorrer do parto (BRASIL, 2002).

A consulta do pré-natal consiste em uma assistência integral à saúde da mulher e ao conceito, então é saúde materno-infantil, abrangendo exames que devem ser solicitados para que seja possível uma avaliação da saúde da gestante. Então a assistência do pré-natal tem como objetivos identificar as anormalidades maternas e fetais que podem afetar a gravidez, e instigar um parto sem complicações, e um recém-nascido saudável (ZUGAIB, 2002).

Um ponto que no decorrer das consultas do pré-natal deve ser elencado é com relação à utilização de medicamentos durante a gestação, pois se trata de um fenômeno muito comum descrito em estudos epidemiológicos realizados em vários países do mundo. Embora a frequência varie muito de um estudo para o outro, decorrentes das diferentes metodologias utilizadas, dos serviços de atenção à saúde, problemas de saúde pública e diversidades culturais entre outros fatores, estima-se que um a dois terços de todas as gestantes irão utilizar ao menos um medicamento durante a gravidez.

O uso de medicamentos durante a gravidez exige precauções, no que se refere à escolha do fármaco e principalmente à dosagem apropriada, devido às mudanças fisiológicas da unidade materno-feto-placentária, as quais acarretam variações nos processos de absorção, distribuição e eliminação de medicamentos.

O principal foco da atenção em relação ao uso de medicamentos durante a gestação diz respeito à interferência na formação, crescimento e desenvolvimento do embrião e do feto, com destaque para os efeitos teratogênicos, ou seja, leve-se em consideração o risco-benefício tanto para a mãe quanto para o feto, embora sejam evitados de todas as formas os efeitos maléficos no uso dos fármacos de forma errada.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: será que as gestantes têm conhecimentos sobre os riscos da automedicação? Elas receberam informações pela equipe de enfermagem nas consultas do pré-natal?

O presente estudo será de grande importância para os

nossos conhecimentos, no que se refere à assistência de enfermagem na assistência básica, de forma humanizada e com relação à melhoria da qualidade de saúde ofertada às gestantes que procuram o atendimento, para tanto, nós enquanto profissionais de saúde, devemos sanar as dúvidas sobre o tema proposto, bem como sobre a educação em saúde, com a finalidade de informar sobre tantos pontos relevantes, para que assim sejam feitas a promoção, e prevenção da saúde como sugere a atenção básica.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O estudo caracterizou-se como exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado na cidade de Patos-PB, na Unidade de Saúde da Família - USF Dr. Walter Ayres, situada no bairro Noé Trajano. O período compreendido foi fevereiro e março de 2013. Os sujeitos envolvidos foram gestantes que estiveram presentes nas consultas de Pré-natal durante esse período. A população do estudo foi constituída pelas gestantes cadastradas na USF, com amostra composta por 30 gestantes, e teve como critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e estar cadastradas no Sis- Pré-natal. Os critérios de exclusão eram os seguintes: as gestantes que se recusassem a participar da pesquisa deixando de assinar o TCLE.

Entende-se por população a junção de casos que preencham um conjunto de critérios determinados, pode ser vastamente definida por milhares de indivíduos, não sendo necessariamente restrita aos sujeitos humanos, mas também a documentos, hospitais, entre outros. Portanto, consecutivamente, entende-se que será o grupo de entidades que o pesquisador tem interesse. E a amostra é feita a partir de parte da população que representa o todo, nomeada assim de subconjunto da população, pois de acordo com esse esquema fica mais prático, econômico e eficiente. A amostra possibilita obter-se informações relativamente exatas apenas, ainda que as amostras possam levar a conclusões imprecisas (POLIT *et al.*, 2004).

Os dados foram coletados através de um roteiro previamente elaborado em articulação com os objetivos do estudo, contendo perguntas objetivas e subjetivas, o que foi aplicado em forma de entrevista estruturada (APÊNDICE C), após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como garantia do sigilo das informações (APÊNDICE A).

Depois que os sujeitos da pesquisa responderam aos questionários, estes foram traçados estatisticamente e analisados qualitativamente sendo apresentados através de tabelas e gráficos, de acordo com as respostas dos questionários, para melhor interpretação e exposição dos resultados, acompanhados posteriormente de análises e discussão dos resultados.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, localizado no município de Patos - PB, obtendo consentimento legal para realização da pesquisa à luz dos princípios éticos mediante certidão protocolo 149/2012. A pesquisa foi realizada com autorização da Secretária de Saúde do município, levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme descrito na Resolução nº 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL,1996).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1- Caracterização da Amostra de acordo com os dados sociodemográficos.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	N	%
Faixa Etária	18 a 23	11	36,6
	24 a 29	10	33,3
	30 a 35	09	30
Estado Civil	Casada	22	73,3
	Solteira	08	26,6
Escolaridade	F. Completo	03	10
	F. Incompleto	06	20
	E. M. Completo	14	46,6
	E. M. Incompleto	03	10
	E. S. Completo	02	6,6
	E. S. Incompleto	02	6,6
Profissão	Do lar	13	43,3
	Técnica de Enfermagem	01	3,3
	Estudante	06	20
	Doméstica	03	10
	Comerciária	02	6,6
	Gerente Comercial	01	3,3
	Garçonete	01	3,3
	Cabelereira	01	3,3
	Assistente Social	01	3,3
	Servidora pública	01	3,3
	Renda Familiar	Até 1 salário	15
1 a 2 salários		10	33,3
Acima de 2 salários		05	16,6
Religião	Evangélica	20	66,6
	Católica	08	26,6
	Protestante	02	6,6
TOTAL		30	100

Fonte: dados de pesquisa de campo, 2013.

A tabela 1 demonstra que 10(33,3%) das gestantes encontram-se na faixa etária entre 18 e 23 anos; 11(36,6%) entre 24 e 29 anos; 9(30%) estão acima de 29 anos.

O período considerado mais adequado e seguro para a gestação compreende a faixa etária entre 18 e 35 anos (REZENDE; MONTENEGRO,2010) No entanto, observamos que as mulheres na faixa etária de 18 a 23 anos representavam a maioria, estando assim de acordo com o período gestacional citado pelo autor, e conseqüentemente sem maiores riscos relacionados à idade, uma vez que são consideradas gravidez de risco aquelas em que a gestante encontra-se em idade inferior a 15 anos ou superior a 35 anos, para sua primeira gestação.

No que se refere ao estado civil, observa-se que a maioria 22(73,3%) das gestantes relatou ser casada; 8 (26,6%) são solteiras. Este resultado é satisfatório no período em que se encontram, pois a presença de um companheiro durante a gestação é de fundamental importância para a gestante, esse fator fará com que ela se sinta mais segura e confiante, pelo apoio, carinho e atenção oferecido por ele, principalmente ao

acompanhá-la às consultas de pré-natal.

As razões emocionais podem interferir na adequada evolução da gravidez, principalmente aquelas que não contam com companheiros fixos. Maior variedade de parceiros se associa a maior frequência de infecções genitais, de práticas abortivas e a maior morbidade puerperal (NETO;SÁ,2007).

Quanto ao nível de escolaridade das gestantes entrevistadas é considerado satisfatório. O maior percentual se deu sobre o ensino médio completo com 14 (46,6%), seguido do ensino fundamental incompleto com 6(20%), 3 (10%) possuem ensino fundamental completo; 3(10%) possuem ensino médio incompleto; 2(6,6%) possuem ensino superior incompleto e 2 (6,6%) possuem ensino superior completo.

No Brasil, a média de estudos, nas faixas etárias consideradas é de oito anos em média (IBGE,2002). O nível de conhecimento influencia no pré-natal, proporcionando à gestante uma melhor compreensão de todas as mudanças fisiológicas e psicológicas que acontecem na gravidez, assim como, as orientações e informações que são prestadas nesse acompanhamento durante toda a gestação.

No que se refere à profissão verifica-se que 13(43,3%) das participantes são do lar, 6 (20%) são estudantes, 3(10%) são domésticas, 2 (6,6%) são comerciárias, 1 (3,3%) é gerente comercial, 1 (3,3%) é técnica de enfermagem, 1 (3,3%) é cabelereira, 1(3,3%) é assistente social, 1 (3,3%) é garçonete e 1 (3,3%) é servidora pública. Em muitos casos a evolução de uma gravidez saudável está relacionada com a situação de condições sociais, com a falta de informação, acesso aos serviços de saúde e baixo poder aquisitivo.

Ainda referente à profissão, foi constatado que 6(10%) declararam ser estudantes, 1 (3,3%) é assistente social, 1 (3,3%) é técnica de enfermagem. Geralmente quem estuda busca galgar um grau mais avançado ou profissionalizar-se para ter uma melhor qualificação no setor de trabalho e na qualidade de vida, visando à remuneração adequada, à ascensão funcional e a pactuar com as mudanças de um mundo globalizado. Entende-se que a formação profissional tem suas bases na escola formal. Acredita-se ser a escola um espaço social significativo para onde os adolescentes e adultos jovens podem levar suas experiências de vida, suas curiosidades, fantasias, dúvidas e inquietações sobre o futuro de sua vida (RAMOS; MONTICELLI; NITSCHKE,2000).

Os dados obtidos mostram que 15 (50%) das entrevistadas recebem um salário mínimo, 10 (33,3%) recebem de 1 a 2 salários e 5(16,6%) recebem mais de 2 salários mínimos. A pesquisa demonstra que 50% das gestantes, são mulheres menos favorecidas socioeconomicamente.

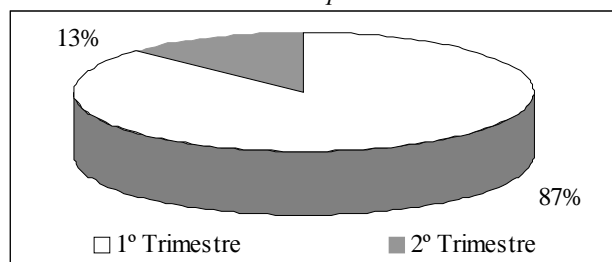
As taxas mais elevadas de gravidez indesejada encontram-se entre as mulheres de baixa renda, o que reflete na necessidade de um melhor acompanhamento destas, pois a renda familiar vem a interferir diretamente no desenvolvimento da família, uma vez que a mulher procura o serviço de saúde para utilizar-se de um método contraceptivo, deixa claro o interesse em adiar ou evitar a chegada de um filho. (BRUNNER e SUDARTH,2005)

No que se diz respeito à religião a tabela 1 mostra que há predominância no catolicismo com 20 (66,6%), 8 (26,6%) são

evangélicas e apenas 2 (6,6%) afirmam ser protestantes. Por ser o catolicismo uma religião tradicional e marcada pelas missões populares de capuchinhos franciscanos e outros religiosos, é bem provável que este fato atraia o povo, principalmente às mulheres a seguir os ensinamentos do catolicismo. Estudos mostram as mudanças ocorridas no século XX, tornando a Igreja Católica mais flexível a novos movimentos de lei que envolvem festividades que envolvem um grande número de pessoas, como: Encontro de Jovens com Cristo (E J C), Encontro de Casais com Cristo (ECC) e grupos carismáticos, com total apoio da igreja, bem como com atenções voltadas às necessidades desse público.

Corroborando a ideia de Levin (2003), afirmamos que a fé em Deus se concretiza pelo oferecimento de conforto, paz e alívio ao sofrimento humano. Esse autor ressalta ainda a importância de fé como expectativa de cura e esperança positivas de enfrentamento de soluções difíceis.

Gráfico 1 - Caracterização da amostra referente ao início do pré-natal.



Fonte: dados de pesquisa de campo, 2013.

O gráfico 1 revela que 26 (87%), das gestantes deram início ao pré-natal no 1º trimestre e 4 (13%) deram início só no 2º trimestre. Mediante essa situação, percebe-se que a maioria deu início a assistência pré-natal precocemente. O início precoce do acompanhamento pré-natal verificado neste estudo deve-se principalmente à busca aturada gestante realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

A visita domiciliar realizada mensalmente pelos ACS às famílias de sua microárea é entendida como uma atenção diferenciada do serviço de saúde, constituindo-se importante elo de ligação entre os usuários e a equipe de saúde da família, bem como caracterizando-se como uma ferramenta eficaz para a adesão da gestante ao serviço ofertado pela rede pública (CALEGARI;SERVELIN,2006).

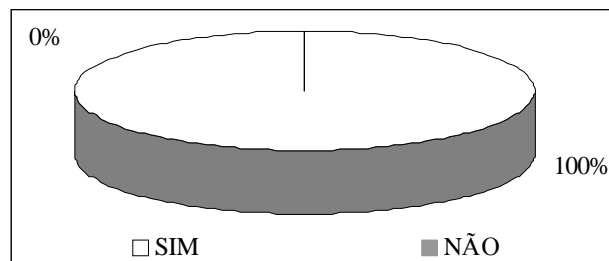
Fica evidente que a visita domiciliar realizada pelos ACS, é de suma importância para o acompanhamento precoce das gestantes à assistência pré-natal.

O início do pré-natal, o mais precoce possível, objetiva fortalecer a adesão da mulher ao acompanhamento sistemático e, assim, rastrear eventuais fatores de risco (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008). Estes autores acrescentam ainda que seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas, podendo variar de acordo com o mês de início e com as intercorrências durante a gravidez.

Acaptação precoce da gestante deve acontecer pelos

meios de comunicação, por visitas domiciliares e por meio de atividades educativas. O início do acompanhamento pré-natal deve ocorrer o mais precocemente possível de modo a permitir que ações preventivas e terapêuticas sejam oportunamente introduzidas e que seja realizado o número total de consultas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, que não deve ser inferior a seis (BARROS,2006).

Gráfico 2 - Caracterização da amostra referente à importância do pré-natal.

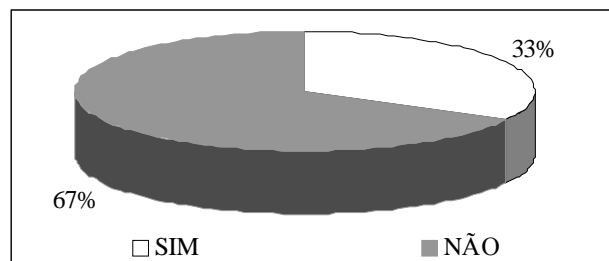


Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2013.

No gráfico 2, constatou-se que 30 (100%) das entrevistadas relataram que acham importante às consultas de pré-natal. Apesar de 100% das gestantes relatarem que acham importante as consultas de pré-natal, 13 (43,3%) afirmaram que não sabiam explicar porque, 17 (56,6%) disseram que acham importante porque é a partir das consultas que tiram todas as dúvidas e ficam informadas sobre o desenvolvimento do bebê e orientadas quanto aos cuidados que devem ter durante a gestação.

O acompanhamento do pré-natal é muito importante, é através dele que podemos dar uma assistência psicológica e emocional para a gestante, sendo esse período para ela uma fase mais emotiva, no qual surgem medo e muitas dúvidas. É de extrema importância, durante o acompanhamento orientá-las e ajudá-las a se situar de uma maneira equilibrada e tranquila, voltada somente às sensações boas e novas que ela vai manifestar nessa nova fase da vida. Através de um acompanhamento criterioso é possível assegurar maior equilíbrio à gestante (BRASIL,2005).

Gráfico 3 - Caracterização da amostra referente ao uso de medicação por conta própria.



Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2013.

No gráfico 3, percebe-se que 20 (67%) das entrevistadas não fazem uso de medicamento por conta própria, 10 (33%) fazem o uso. O uso de medicamento por conta própria, também conhecido como automedicação, apesar de ser comum e frequente

entre os brasileiros, não é aconselhável, principalmente entre as gestantes.

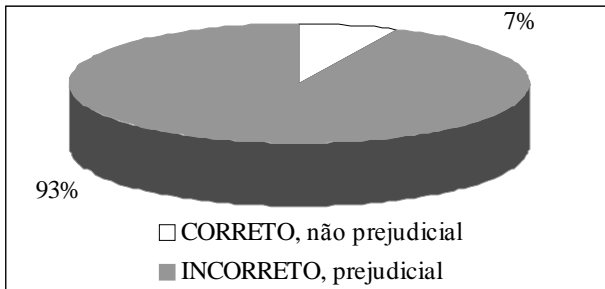
A automedicação nada mais é do que o uso de medicamentos sem a orientação de um médico sendo que esse uso indiscriminado dos medicamentos pode trazer sérios riscos à saúde da população (CASAGRANDE *et al.*, 2004).

Segundo Rezende e Montenegro (2008), as alterações fisiológicas observadas na gestação decorrem, principalmente, de fatores hormonais e mecânicos. Nesse período a mulher tende a desenvolver sintomas desagradáveis, que causam bastante desconforto.

De acordo com os autores citados acima, os ajustes verificados no organismo da mulher devem ser considerados normais durante o estado gravídico, conquanto determinem, por vezes, pequenos sintomas molestos à paciente.

Devido a essas mudanças fisiológicas características da fase gestacional, que tantas mulheres utilizam de forma indiscriminada, certos medicamentos para combater náuseas, anemias, dores e carências nutricionais. Nestes casos, a automedicação torna-se duplamente arriscada, colocando em risco não só a vida daquele que se automedica, mas também do feto em formação (MENGUE, 2004).

Gráfico 4 - Caracterizando os dados da amostra referente ao que elas acham do uso de medicamento por conta própria.



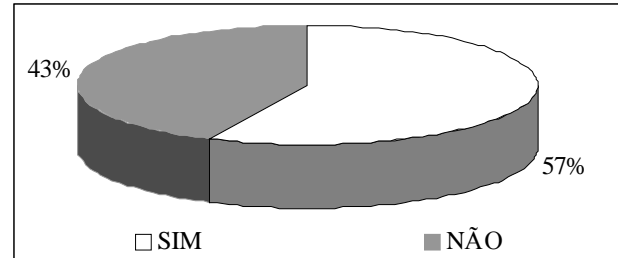
Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2013.

No gráfico 4, verifica-se que 28 (93%) relataram ser incorreto e prejudicial o uso de medicamento por conta própria, somente 2 (7%) disseram achar correto, não prejudicial o uso. Apesar do alto índice de gestantes que se automedicam durante a gestação, é notório que a grande maioria delas tem a concepção de que é incorreto e conseqüentemente, é prejudicial, mas mesmo assim caracterizam o ato da automedicação.

Uma em cada três grávidas faz uso de medicamento por conta própria. É um hábito perigoso para a saúde da mãe e do

bebê. A automedicação é um ato frequente por 30% das mulheres grávidas, que tomam remédios por critérios próprios sem consultar um médico. Na Inglaterra, por exemplo, 9% das grávidas se automedicam. Segundo o professor Antônio Fernandes Moron da UNIFESP “O índice é alarmante”.

Gráfico 5 - Caracterização dos dados referentes aos riscos da automedicação



Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2013

No gráfico 5, verifica-se que 17 (57%) sabiam os riscos que traz a automedicação, relataram que o uso traz complicações tanto para elas, quanto para o bebê, podendo causar aborto ou má formação fetal. 13 (43%) não sabiam os riscos que correm.

Quando se usa um fármaco na gestação, deve-se avaliar sempre o fator risco-benefício para mãe e feto. O medicamento de escolha deve ser aquele que não cause efeito teratogênico ou alteração funcional. (BRUM *et al.*, 2011).

O uso de medicamentos na gravidez merece atenção especial devido aos potenciais efeitos teratogênicos e pelas adaptações fisiológicas da mãe em resposta à gravidez, devendo em princípio, ser evitado. Os efeitos sobre o feto dependem do medicamento, da paciente, época da exposição, frequência e da dose total.

Os medicamentos podem afetar os diferentes períodos da gravidez, no entanto, os três primeiros meses constituem o período de maior risco, podendo ocorrer más formações congênitas. Durante o segundo e o terceiro trimestre, os fármacos podem afetar o crescimento, o desenvolvimento funcional ou ter efeitos tóxicos sobre os tecidos fetais. Medicamentos administrados próximos ou durante o parto podem apresentar efeitos adversos sobre o trabalho de parto e o neonato.

A dramática tragédia das más formações congênitas induzidas pela talidomida despertou a consciência popular bem como dos profissionais para os riscos inerentes às medicações utilizadas durante a gestação. Espera-se que o resultado dessa conscientização crescente seja a relutância cada vez maior em

N.B.

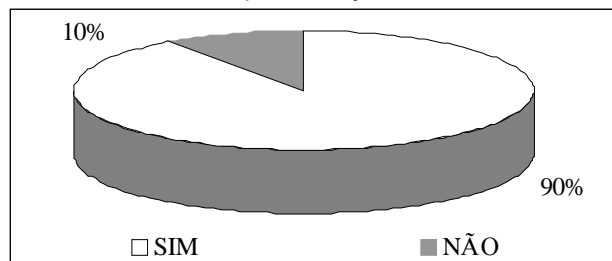
(1) As idéias e todo o conteúdo dos artigos publicados em Temas em Saúde são de responsabilidade única e exclusiva dos autores que colaboraram com a presente edição deste veículo de comunicação. Neste sentido, o editor deixa clara sua isenção contra qualquer protesto que reclame o uso de direitos autorais patrimoniais não autorizados por seus detentores.

(2) A diagramação dos textos publicados nesta edição obedeceu a critérios relacionados ao projeto gráfico desenvolvido para a revista Temas em Saúde, o que implicou em ajustes no formato original com que os artigos foram encaminhados à nossa produção editorial. Contudo, não houve qualquer interferência para modificar, suprimir ou acrescentar elementos à expressão original desses artigos.

(3) A produção editorial de Temas em Saúde agradece aos autores que colaboraram encaminhando seus artigos para esta publicação.

prescrever ou tomar outros medicamentos que não os essenciais (ZIEGEL,2008).

Gráfico 6 - Caracterização dos dados referente às orientações da enfermeira.



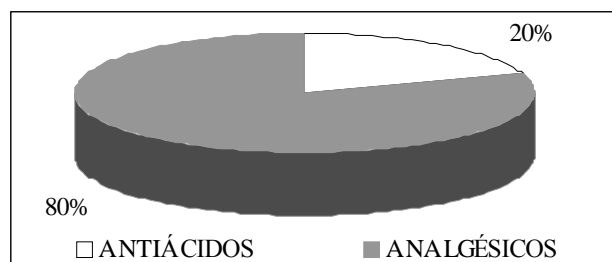
Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2013.

O gráfico acima, mostra que 3 (10%) relataram que não receberam orientações da enfermeira sobre os cuidados com a automedicação, 27 (90%) disseram que receberam as devidas orientações. Informaram que foram orientadas pela enfermeira quanto aos riscos que traz a automedicação no período em que elas se encontram grávidas e aos cuidados que se deve ter.

É fundamental que a equipe de profissionais da saúde tenha conhecimento sobre os medicamentos usados na gestação, bem como o conhecimento de seus efeitos adversos e correlação com os períodos críticos da gestação. Tais conhecimentos podem ser direcionados ao planejamento e intervenções educativas dirigidas a gestantes e aos profissionais de saúde e, dessa forma, proporcionar maior segurança quanto à utilização racional de medicamentos durante a gestação (BRUM *et al.*,2011)

De acordo com Ziegel (2008), a gestante apresenta no transcurso da gravidez uma série de necessidades que a enfermeira precisa estar apta a preencher.

Gráfico 7 - Caracterização dos dados referentes aos medicamentos mais usados pelas entrevistadas.



Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2013.

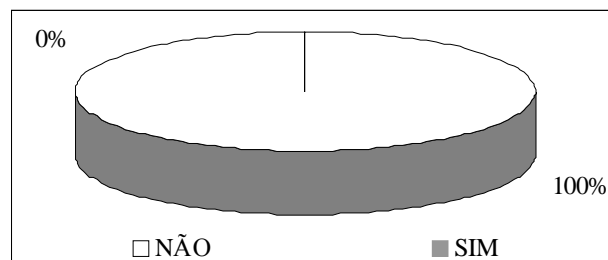
No gráfico 7,8 (80%) das entrevistadas fazem uso de analgésicos, 2 (20%) fazem uso de antiácidos.

Na gravidez um dos desconfortos frequentes que se manifesta na gestante é a azia.É um sintoma normal como os outros, ocorre devido a digestão ficar mais lenta nesse período, por causa do aumento da progesterona na corrente sanguínea e os gases tendem a acumular-se no estômago, facilitando o refluxo do bolo alimentar cheio de ácido para a garganta. Daí o uso de antiácidos por algumas gestantes sem a prescrição do médico.

A classe dos analgésicos teve um alto índice de uso pelas

entrevistadas durante a gestação. A causa mais comum são alívios para suas dores, em inúmeras ocasiões, frequentemente os medicamentos mais usados pelos indivíduos são aqueles destinados a gripe, febre, dores de garganta, etc. (EDITORIAL, 2001).

Gráfico 8 - Caracterização dos dados referentes às gestantes que possuem doenças crônicas.

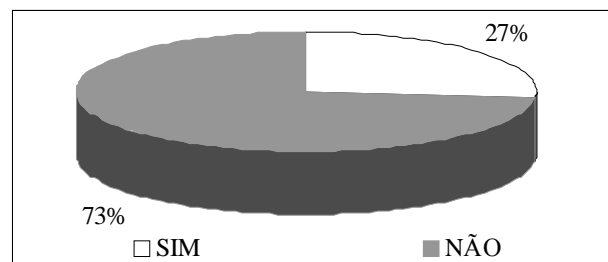


Fonte: dados de pesquisa de campo, 2013.

No gráfico 8,30 (100%) das entrevistadas relataram não possuir nenhuma doença crônica. O resultado foi gratificante, pois nessa fase da vida da mulher é necessário estar completamente bem de saúde, para que se tenha uma gestação saudável e um parto sem complicações.

Ao longo de toda gestação o estado nutricional, físico e emocional da mãe, são observados a fim de assegurar o melhor estado geral. A patologia que complica a gestação é controlada, usando testes e procedimentos adequados àquela patologia em particular. Por exemplo, as diabéticas terão suas glicemias determinadas, os exames da função renal serão rotina naquelas mulheres com doença renal, e assim por diante (ZIEGEL,2008).

Gráfico 9 - Caracterização dos dados referentes ao uso regular de medicamento.



Fonte: dados de pesquisa de campo, 2013.

No gráfico 9,22 (73%) referiram que não fazem uso regular de medicação. 8(27%) fazem uso regular. A automedicação na gestação já é um ato incorreto, fazer uso frequente dela é um absurdo, mas, infelizmente umas por falta de informação, outras por teimosia fazem uso regular.

O uso de medicamentos durante a gestação sempre representou um desafio para a classe médica, uma vez que implica ação potencialmente danosa não apenas para a mulher, mas também para o conceito. A maioria dos fármacos administrados a mulheres grávidas atravessa a barreira placentária e expõe o embrião em desenvolvimento a seus efeitos farmacológicos (GUERRA,2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A automedicação representa um hábito vivenciado por grande parte da população e, portanto, representa uma preocupação para os profissionais de saúde, principalmente, aqueles que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. Essa preocupação se amplia consideravelmente quando esse hábito é vivenciado por gestantes, visto que os riscos desse ato podem interferir diretamente na formação do feto em desenvolvimento.

A experiência vivenciada durante a pesquisa possibilitou a aproximação com as principais questões que envolvem a atuação do enfermeiro na Atenção Básica de Saúde. Vários questionamentos surgiram durante a experiência com a pesquisa, dentre eles, a preocupação no que diz respeito ao uso de medicamento sem prescrição médica.

A delimitação do objeto de pesquisa permitiu a definição de hipóteses fundamentadas na concepção de que esse ato seria algo comum na realidade das gestantes, no entanto, o resultado apresentado indicou um percentual abaixo daquele que se imaginava. Certamente o resultado apresentado deve-se ao

trabalho desenvolvido pela Equipe da Estratégia de Saúde da Família no acompanhamento da gestação, feita no Pré-natal, a saber: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os enfermeiros. O acompanhamento é a estratégia principal de atuação do enfermeiro frente ao trabalho de orientação e processo de tomada de consciência quanto ao uso de medicamentos sem prescrição médica, informando às gestantes sobre os riscos desse ato.

Diante dos resultados apresentados, percebeu-se que a maioria das gestantes pesquisadas sabe dos riscos que envolve a automedicação e em certas ocasiões ainda faz uso de medicamentos. Notou-se também a interferência do enfermeiro (a) quanto às orientações indicadas durante o acompanhamento no pré-natal. Segundo os relatos apresentados, apesar da intervenção da enfermeira, as mulheres afirmaram fazer uso dos medicamentos sem prescrição, deixando assim de colocar em prática as orientações feitas pela enfermeira. Essa constatação permite-nos, enquanto profissionais, reconhecer a importância da definição de estratégias cotidianas frente a essa questão, de modo que sua manutenção representa perdas significativas na área da saúde.

R E F E R Ê N C I A S

- BARROS, S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecologia**: guia para prática assistencial. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2009.
- BARROS, S. M. de. **Enfermagem no ciclo-gravídico-puerperal**. São Paulo: Manole, 2006.
- BRASIL, **Alimentos Regionais Brasileiros**. Secretaria de Políticas da Saúde. **Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição**. 1ª ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96, de 10 de outubro de 1996. **Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
- BRUM, L. F. S.; PEREIRA, P.; FELICETE, L. L.; SILVEIRA, R. D.; **Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa**.
- CALEGARI, A.; SERVELIN, E. Adesão das gestantes à assistência pré-natal ofertada pelo SUS em um município do Rio Grande do Sul. **Rev Têc-Cient Enferm**, [S, 1], V.4, N.16, P.163-174, 2006.
- CASAGRANDE, E. F. et al. Estudo da utilização de medicamentos pela população universitária do município de Vassouras (RJ). **Infarma**, v. 16, n. 5/6, 2004. 86 - 88.
- EDITORIAL. **Automedicação**. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 47, n. 4, out. /dez. 2001. 269 - 270 p.
- GUERRA, G.C.B.; **Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil**, 2003.
- GRANGEIRO, G.R.; DIÓGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.105-111, 2008.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílio: educação e condições de vida. 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 07 de abril de 2013.
- LEVIN, J. **Deus Fé e Saúde**. São Paulo: pensamento - altrix, 2003.
- MORON, A. F.; Departamento de Comunicação Institucional - UNIFESP. Disponível em <http://dgi.unifesp.br/sites/comunicacao/index.php?c=Noticia&m=ler&cod=488edd> Acesso em 27 de abril de 2013.
- NETO, Hermógenes Chaves; SÁ, Renato Augusto Moreira de. **Obstetrícia Básica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5º Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
- RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R.G (Org). Projeto Acolher: **Um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília. Governo Federal, 2000.
- REZENDE, J. MONTENEGRO, C, A, B. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- REZENDE, J. MONTENEGRO, C, A, B. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica** 8º ed. Rio de Janeiro: 2008.
- ZUGAIB, M.; RUOCCO, R. **Pré-Natal**: Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP. 3.ed. São Paulo: Atheneu 2002.

Data de recebimento para publicação: 08.02.2013. - Data de aprovação do trabalho: 15.03.2013.

Depressão Pós-Parto: Papel do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

Postpartum Depression: Role of Nurse Strategy Family Health

Adriana Nunes da Silva¹
Priscilla Costa Melquíades Menezes²
Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima³
Francisca Eulidivânia de Farias Camboim⁴

RESUMO: A Depressão Pós-Parto (DPP) é um transtorno mental que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. O enfermeiro tem um papel fundamental, na orientação das gestantes sobre tal patologia para evitar complicações mais graves. O objetivo deste estudo é investigar como a depressão pós-parto é trabalhada pela enfermagem na estratégia de saúde da família de Itaporanga-PB. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa dos dados. O estudo foi realizado nas unidades de saúde da família (USF). A população deste estudo foi constituída por 10 enfermeiros que trabalham nas USF do mesmo município. A amostra, por sua vez, foi constituída por 08 enfermeiros. Os resultados mostram que a temática ainda é pouco investigada pela enfermagem, onde 6 (75%) dos entrevistados afirmam não abordarem a temática durante o pré-natal e 2 (25%) abordam, que apenas 6 (75%) realizam a consulta puerperal sendo que 2 (25%) não realizam, ainda que 3 (37,5%) dos enfermeiros pesquisados não questionam a gestante e a família acerca da depressão pós-parto e 6 (62,5%) afirmam questionar as mesmas. Espera-se que esse estudo contribua para novas pesquisas e, principalmente, que através do mesmo, sejam desenvolvidas estratégias que intervenham precocemente na sintomatologia da DPP.

UNITERMOS: Depressão. Puerpério. Enfermagem.

ABSTRACT: *The Postpartum Depression (PPD) is a mental disorder that causes emotional, cognitive, behavioral and physical alterations. Nurses have an important role in the guidance of pregnant women about this disease to prevent more serious complications. This study aimed at investigating how postpartum depression is worked by nurses at the family health strategy in the city of Itaporanga - PB. It is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach. The research was conducted in the family health units. The population consisted of 10 nurses who work in health units of the mentioned city. The sample was formed by 08 nurses. The results show that this topic is still poorly investigated by nursing, in which 6 (75%) of the respondents say that they do not broach this subject during the prenatal and just 2 (25%) of the sample say that do it; only 6 (75%) perform the puerperal visit and 2 (25%) do not realize it; 3 (37.5%) of the sample affirmed that do not question the mother and family about postpartum depression and 6 (62.5%) say that do it. It is hoped that this study contributes to new researches and, especially, that through it, are developed strategies to intervene early in the symptoms of postpartum depression.*

KEYWORDS: Depression. Puerperium. Nursing.

1. Artigo extraído do Trabalho de conclusão de Curso (Monografia), apresentado à coordenação do curso de bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

2. Acadêmica do 9º período do curso de bacharelado em Enfermagem das faculdades integradas de Patos - FIP. Endereço: Rua Juvenal Lúcio, 342, Belo Horizonte - Patos, PB. Telefone: (83) 99093560. Email: annunesadriana@gmail.com.

3. Professora do curso de bacharelado em enfermagem das FIP.

4. Professora do curso de bacharelado em enfermagem das FIP.

5. Professora do curso de bacharelado em enfermagem das FIP.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP), é caracterizada por apresentar quadros depressivos não psicóticos e que muitas vezes por terem o início menos agressivo, podem não ser reconhecidos ou até ignorado pelos profissionais da saúde. Como citam diversos autores, tem uma alta incidência, afetando de 10 à 15% das mulheres em geral (SILVA, 2001).

Para Pinelli *et al.* (2002), a atuação da enfermagem direta e sistematizada junto à mulher dando suporte emocional necessário para que esta verbalize suas dúvidas e apreensões. Durante este contato, a mulher deve ser esclarecida quanto à natureza das manifestações, orientadas sobre a maneira de corrigi-las e sobre os meios de detectá-las. A ação educativa de enfermagem, ao assistir cada mulher tende a diminuir a incidência de danos redutíveis e a desenvolver uma atitude responsável quanto à proteção de saúde e do seu filho.

Tendo em vista tamanha importância da abordagem dessa temática e considerando forma adequada nas o as consequências que a mesma pode causar, tanto para a puérpera como para o neonato, surge o seguinte questionamento: Será que a DPP está sendo trabalhada nas unidades de saúde da família município de Itaporanga- PB

Diante do exposto, vê-se a necessidade de se orientar a depressão pós-parto às gestantes no pré-natal, a fim de facilitar o diagnóstico precoce e evitar complicações mais severas.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O enfermeiro, ao interagir com a gestante, poderá iniciar, além de uma relação terapêutica, uma relação trans-pessoal, reconhecendo a existência e a importância da dimensão espiritual, da unidade do ser dentro de uma visão holística com potencial para promover sua relação de ajuda e confiança. Portanto, é iminente que o enfermeiro crie um vínculo de confiança com o paciente para que essa possa lhe relatar seus medos, suas angústias e suas necessidades. Tal vínculo poderá ser constituído, esclarecendo suas dúvidas relativas à enfermidade e ao tratamento, o que facilitará a encorajá-lo a efetuar ações de saúde em prol do autocuidado nos períodos pré e pós-gestacional, poderá se estabelecer um diagnóstico precoce, podendo evitar maiores danos para mãe e filho (PESSOA; PAGLIUCA e DAMASCENO, 2006).

Segundo Pinelli *et al.* (2002), consulta de enfermagem à puérpera tem como finalidades: identificar problemas que de ordem biológica, psicoemocional; identificar as necessidades educativas da puérpera e da família tanto quanto ao aleitamento materno quanto aos cuidados com o recém-nascido; intensificar o vínculo com a criança por meio de orientações quanto a importância no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê e aplicar as intervenções educativas tanto para a puérpera como para os familiares que convivem com a mesma.

Observa-se que mulheres com depressão pós-parto têm uma alta tendência a negarem o aleitamento a seus filhos, o que é necessário ao profissional orientá-la, para isto, o enfermeiro deve reforçar as ações do aleitamento materno que foram

introduzidas no pré-natal, promovendo uma adaptação da mãe ao filho, encorajando-a sempre a levar seu filho ao peito precocemente, para que este contato permaneça efetivo. (BRASIL, 2003).

O enfermeiro é o profissional, conforme revela o cotidiano dos serviços de saúde, que mantém o primeiro contato com o cliente. Por isso, seja na rede básica, hospitalar ou ambulatorial, o enfermeiro deve estar preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada, principalmente quando se tratar de questões de ordem psicológica capazes de camuflarem intercorrências clínicas e dificultando assim o diagnóstico e tratamento adequados (BALLONE, 2001).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, com análise quantitativa dos dados, que objetivou investigar como a depressão pós-parto é trabalhada pela enfermagem na EST de Itaporanga. O estudo foi realizado nas USF do município de Itaporanga-PB, que totalizam dez unidades, sendo uma rural e nove urbanas. A população deste estudo foi constituída por 10 enfermeiros que trabalham nas USF's do município de Itaporanga - PB. A amostra, por sua vez, foi constituída por 08 enfermeiros, por estarem 02 afastados por licença médica, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: Trabalharem na unidade por mais de três anos; Aceitar participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram critérios de exclusão da amostra: Não estar presente no local no período da coleta de dados; Não ter condições físicas ou mentais para responder ao questionário. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário estruturado contendo perguntas objetivas, as quais foram utilizadas para obtenção dos dados de caracterização da amostra e caracterização da assistência de enfermagem no puerpério, que permitiram uma análise em conformidade com os objetivos formulados para esta pesquisa. Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos (FIP), conforme a disponibilidade dos participantes, a coleta foi realizada nas USF do referido município. A coleta de dados ocorreu após os participantes da pesquisa receberem explicações preliminares do objetivo da pesquisa e, em seguida, individualmente foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado pelo mesmo, o qual garante o direito ao anonimato. As entrevistas ocorreram no mês de agosto de 2012. A análise dos dados foi feita obedecendo à sistematização das respostas encontradas no questionário. Os dados sociodemográficos foram apresentados na forma de tabelas e gráficos, os quais foram elaborados pelos programas Microsoft Word e Excel, tendo como medida estatística a porcentagem, utilizando-se a análise descritiva. Os dados referentes ao questionamento acerca da forma em que se trabalha a DPP com a gestante e a família foram colocados em quadros de acordo com a fala dos entrevistados e discutidos à luz da literatura pertinente. A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia

de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada como todos os direitos sobre os princípios éticos como: Beneficência, respeito, e justiça (BRASIL,1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Tabela 01 - Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra (n = 8).

VARIÁVEL		N	%
Gênero	Feminino	07	87,5
	Masculino	01	12,5
Faixa Etária	21 a 30 anos	07	87,5
	31 a 40 anos	01	12,5
Nível de Graduação	Graduação	01	12,5
	Especialização	07	87,5
Tempo de Atuação	Menos de 05 anos	04	50
	Entre 06 e 10 anos	04	50
TOTAL		08	100

Conforme a tabela 1, observa-se que 7 entrevistados (87,5%) são do sexo feminino e apenas 1 entrevistado (12,5%) é do sexo masculino. A Enfermagem, originalmente, é feminina, porque era uma profissão que visava o cuidar, atividade que, na sociedade, era papel fundamental da mulher. Exemplo disso é o fato de ser a segunda profissão feminina no Brasil, perdendo apenas para a licenciatura. Hoje, o curso continua sendo hegemonicamente feminino. Pode-se destacar vários motivos para esse fato, mas o aspecto cultural de que o cuidar é socialmente feito para as mulheres ainda se destaca. No âmbito do trabalho, segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem, de 11.931 profissionais inscritos, a prevalência feminina é de 92,36% (COFEN, 2006).

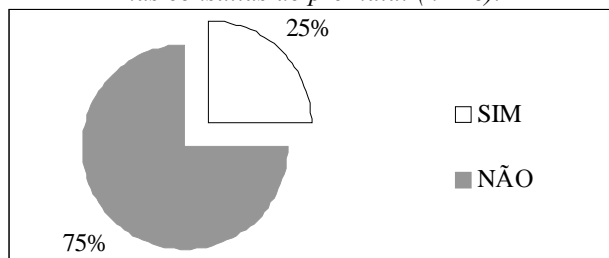
Pode-se observar que 7 (87,5%) dos entrevistados têm entre 21 e 30 anos e que apenas 1 (12,5%) têm 31 e 40 anos.

Quanto ao nível de graduação 1 (12,5%) entrevistado possui apenas a graduação e 7 (87,5%) .

Sobre o tempo de atuação na unidade há uma igual proporção entre os que atuam há menos de 5 anos e os que atuam entre 6 e 10 anos.

II- CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Gráfico 01 - Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência de abordagem da temática depressão pós-parto nas consultas de pré-natal (n = 8).



Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2012.

O gráfico 01 mostra que ao serem questionados se era rotineiro abordar a temática depressão pós-parto nas consultas de pré-natal no serviço em que atuam, 6 dos entrevistados (75%) responderam que não era rotina abordar a temática, enquanto que apenas 2 (25%) responderam que abordam a temática.

Esse resultado constitui uma realidade preocupante das USF, onde os (as) enfermeiros (as) devem manter o cuidado de enfermagem integral a começar no pré-natal com a avaliação da auto-estima, da rede de suporte social e da satisfação das futuras mães.

O enfermeiro deve munir-se de conhecimento sobre DPP, em especial, por constituir o serviço de saúde onde se encontra inserido uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que se relaciona à terapêutica e prevenção deste transtorno mental. Embora os enfermeiros reconheçam sua importância e função de cuidar dessas clientes na atenção primária, reiteram ter pouco conhecimento e experiência com o problema. Em face desta limitação, delegam para outros profissionais todas as ações terapêuticas na reabilitação dessas mulheres (KOGIMA,2004).

Considerando os enfermeiros que responderam que abordam a temática depressão pós-parto nas consultas de pré-natal, ou seja, 02 (25%), foi questionado se, quando feita essa abordagem, haveria alguém da família da gestante (acompanhante) no momento, ao que todos responderam que sim.

Aos dois participantes, também foi perguntado se, durante a explicação, os aspectos como: sintomatologia, tempo de desenvolvimento, tratamento, prevenção, etc. são trabalhados, ao que responderam que sim, sendo associada à pergunta no quadro abaixo:

Quadro 01 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a interrogativa: de que forma essa explicação é trabalhada? (n = 8).

TEMA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO
De que forma essa explicação é trabalhada?	“Assegurando a melhoria no acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puérperas, às gestantes e aos recém-nascidos.” Suj. 01. “Objetiva e demonstrativa, através da literatura e exames.” Suj. 02.

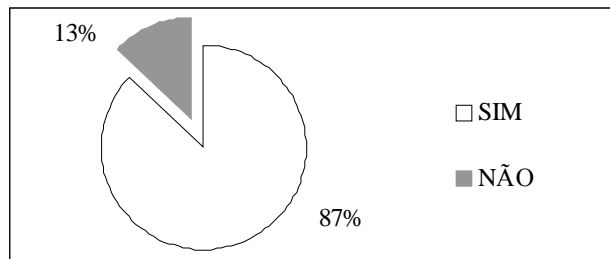
Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2012.

O quadro 01 relata que a forma de abordagem requer conhecimento da realidade da gestante, sobretudo confiança, isso proporciona ao enfermeiro que de forma sutil alerte as gestantes quanto aos primeiros sintomas da DPP, pois assim pode-se garantir a prevenção de intercorrências e atuação em todas as necessidades sociais, culturais, psicológicas, econômicas e espirituais das mesmas.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso

a serviços de saúde de qualidade, com ações que integram todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. (BRASIL, 2006).

Gráfico 02- Distribuição dos enfermeiros de acordo com a opinião sobre a importância de manter as gestantes e suas respectivas famílias informadas acerca da temática (n=8)



Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2012.

O gráfico 02 retrata que, 7 (87%) dos entrevistados responderam que acham importante sim manter a gestante e suas respectivas famílias informadas sobre a mesma, e somente 1(13%) admite não achar necessário.

Há uma contradição, pois, embora afirmem ser importante que se trabalhe o conhecimento das gestantes bem como suas respectivas famílias acerca da DPP, os entrevistados reconhecem não abordar a temática durante as consultas de pré-natal, o que demonstra ser a mesma uma consulta incompleta.

Braden (2000) salienta que a assistência de enfermagem deve atender às necessidades físicas, psicológicas e socioculturais da gestante e da família e que a enfermeira tem a oportunidade e a responsabilidade de orientar a paciente e sua família sobre os potenciais riscos durante o período pré-natal e quanto aos cuidados necessários à promoção do bem estar próprio e do feto.

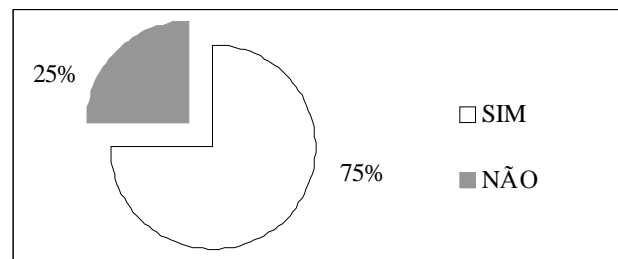
Segundo a interpelativa: “Durante a consulta de pré-natal você está atento(a) a todas as necessidades da gestante, inclusive as psicológicas?”, todos os entrevistados, ou seja, 8 (100%) responderam que sim.

A consulta pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da gestante, cabe ao enfermeiro ter uma visão holística, criar vínculos com a mulher não olhando a gestação apenas como um processo natural de procriação, mas visualizando a mulher e mãe que tem seus desejos, medos e dúvidas. Essa habilidade de criar vínculo com a mulher torna a consulta de enfermagem diferente, pois não está centrada apenas em procedimentos técnicos, mas existe o diálogo como peça fundamental. Mesmo assim, é possível verificar que alguns procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde, deixavam de ser realizados por estes profissionais, logo se torna necessário a conscientização dos mesmos para que a consulta de enfermagem seja realizada com qualidade.

A consulta de enfermagem apresenta-se como um instrumento de suma importância, pois tem como finalidade garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, principalmente por meio da introdução das ações

preventivas e promocionais às gestantes. É requerido, do profissional além de competência técnica-científica, sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Gráfico 03 - Distribuição dos Enfermeiros de acordo com a realização da visita puerperal às gestantes acompanhadas no pré-natal em sua unidade (n=8).



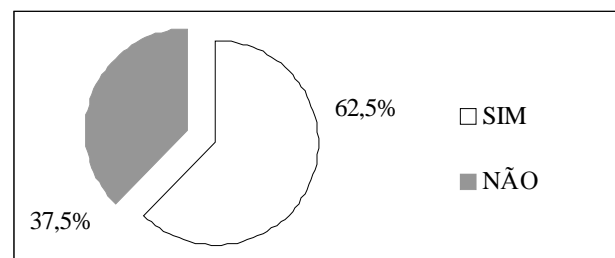
Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2012.

O gráfico 03 mostra que, 6 (75%) dos entrevistados responderam que fazem visita domiciliar a todas as gestantes que fizeram o pré-natal na sua unidade, e apenas 2 (25%) não fazem.

A atenção ao puerpério ainda é pouco praticada pela enfermagem, e esse fato requer conscientização por parte dos mesmos, uma vez que a avaliação que deve ser feita nessa fase é de suma importância para o desenvolvimento do bebê, bem como a melhor adequação da puérpera para essa nova etapa. Segundo o Ministério da Saúde (2006), a consulta puerperal faz parte da assistência pré-natal e deve ser realizada até o 42º dia pós-parto.

Durante esse período, as alterações, anatômicas e funcionais da gravidez regredem. A assistência do puerpério tem com objetivo monitorar essas alterações, atenuar o desconforto associado e evitar condições que podem acarretar a morbimortalidade (KATHRYN, 2009).

Gráfico 04 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o questionamento da gestante e a família sobre a sintomatologia da depressão pós-parto.



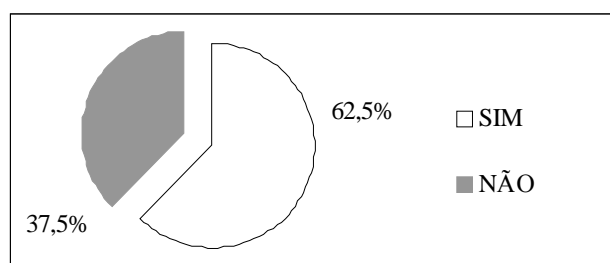
Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2012.

O gráfico 04 relata que 5 enfermeiros (62,5%) questionam a gestante e a família sobre a sintomatologia da depressão pós-parto e 3(37,5%) não questionam. Durante o puerpério a mulher depara-se com uma nova realidade, marcada por várias alterações físicas e emocionais. Esta é uma fase que exige grande capacidade

de adaptação da mulher, e requer atenção e acompanhamento contínuo da família e dos profissionais da saúde.

Os cuidados e atenção às puérperas devem ser adequados por parte dos profissionais de saúde, para então promover uma melhor e mais precoce identificação e intervenção para o tratamento. Para tanto é necessário conhecermos a patologia, uma vez que estamos lidando com um quadro depressivo de alta prevalência, onde se tem pouca literatura em português, principalmente da Enfermagem, além das divergências encontradas entre os autores e das poucas confirmações científica sobre os fatores relacionados a essa patologia (RICCI, 2008)

Gráfico 05 - Distribuição dos enfermeiros de acordo como risco que a patologia significa para a puérpera e o neonato (n=8).



Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2012.

O gráfico 05 constata que 5 (62,5%) dos entrevistados informam as gestantes acerca dos riscos que a Depressão pós-parto significa para as mesmas e para o neonato, e apenas 3 (37,5%) não veem necessidade de se realizar essa prática.

São vários os estudos que mostram a gravidade da DPP, que os riscos são significantes tanto para puérpera como para o recém-nascido, que uma vez desenvolvida, atrapalha na interação do binômio mãe-filho, o que pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento posterior.

O impacto negativo da DPP é significativo não apenas para a paciente e a família, mas também para o recém-nascido. A DPP pode prejudicar a interação mãe-filho e potencializar dificuldades de desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança nas primeiras fases da vida. Além disso, as crianças de mães deprimidas podem apresentar prejuízos relativos ao ganho ponderal. Em relação a outros transtornos psiquiátricos durante o pós-parto, a DPP está também associada à maior risco

de manifestação de comportamentos agressivos, incluindo tentativas de suicídio e infanticídio (FIGUEIRA *et al.*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sutileza com a qual os sintomas maternos algumas vezes se apresentam, no entanto, não torna menos importantes suas implicações para o binômio mãe-bebê. Dessa forma, os estudos revisados indicam que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente nas primeiras interações com o bebê e, consequentemente, no desenvolvimento da criança.

A atuação preventiva da enfermagem nesse período pode proporcionar à puérpera o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão. Mais do que isso, o entendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o neonato, o qual pode trazer repercussões para o seu desenvolvimento posterior.

Na consulta de enfermagem às gestantes, deve ocorrer à participação ativa da cliente através da interação com o profissional enfermeiro em que ambos trocam saberes e informações visando a promoção do auto cuidado. Nessa perspectiva, através da consulta de enfermagem como um momento de diálogo. Pode-se definir metas, objetivos a serem atingidos visando à melhoria nas condições de saúde do binômio mãe-filho. Desta forma, a consulta de enfermagem no pré-natal, proporciona a aplicação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às mulheres, visando o monitoramento do bem estar da gestante, da família, desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problema de ordem física ou psicológica.

Entretanto o que os resultados apontam é que a consulta de enfermagem tem limitações e consequentemente são incompletas considerando-se que não é feita a visita puerperal prática inaceitável, posto que a avaliação feita nessa fase é de suma importância tanto para puérpera como para o neonato e que ainda é de conhecimento de toda a enfermagem essa importância, outro fato que desqualifica a assistência é o fato de não se orientar as gestantes acerca da depressão pós-parto, bem como outras patologias de ordem psicológicas.

Espera-se que esse estudo contribua para novas pesquisas e, principalmente, que através do mesmo, sejam desenvolvidas estratégias que intervenham precocemente na sintomatologia da DPP.

R E F E R Ê N C I A S

- BRADEN, P.S. **Enfermagem Materno-Infantil**. 2.ed.Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso, 2000. Cap.5, p. 53-72; cap. 7, p. 147-601.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Manual técnico do pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília-DF, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 10 de out. 2011.
- _____, Ministério da saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada- Manual técnico**. Brasília:Ministério da saúde, 2006.
- _____, Ministério da saúde. **Assistência Humanizada à saúde: parto, aborto e puerpério**. Brasília-DF: FebrasgoAbenfo, 2003.
- _____, Ministério da saúde. **Resolução n. 196/96**, do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1996.
- BALLONE, G. Psiqweb: **Depressão pós-parto**, 2001.
- FIGUEIRA, P. *et al.* **Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde**. Rev. Saúde Pública,

São Paulo, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 17 ago. 2011.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. **O acesso a assistência pré-natal na atenção básica à Saúde sob a ótica das gestantes.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 20, n. 2, p 238-458, junho de 2008. Acesso em: 10 de out. 2011.

KATHRYN, A. M. et al. **Enfermagem Materno Infantil: Planos de cuidados.** 3. Ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2009- parte 3, p. 128.

KOGIMA, A. C. **Depressão puerperal - Uma revisão de literatura.** Revista eletrônica de enfermagem, V.2, n.2, p. 236, 2004.

LOPEZ, J.R.R.A.; PEDALINI, R. **Depressão pós-parto: revisão epidemiológica, diagnóstica e terapêutica.** Inf. Psiquiat., 1999; 18 (4): 115-8.

PESSOA, S. M.; PAGLIUCA, L. M.; DAMASCENO, M. M. C. **Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidade de aplicação a mulheres com diabetes gestacional.** Rev. Enfermagem UERJ.v. 14, n. 3. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br> Acesso em: 19 de out. de 2011.

RICCI, S.S. **Enfermagem Materno-neonatal e Saúde da mulher.** Rio de Janeiro: Guanabara KoogaN, 2008. Cap.1, p. 11-18.

SHIMIZU, H. E.; LIMA; M. G. **As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, V.62, N.3, P. 387-92, 2009.

SILVA, M.C. **Depressão: Pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde.** Ribeirão Preto: 2001. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem/ ASP, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciência humanas.

Data de recebimento para publicação: 20.02.2013. - Data de aprovação do trabalho: 15.03.2013.

temas em
saúde

Diabetes Mellitus Tipo II: Adesão de Pessoas Idosas à Terapia¹

Diabetes Mellitus Type II: Adherence of Older People Enrolled to Therapy

Antonio de Oliveira Cordeiro²
 Carlos Bezerra de Lima³
 Geane Gadelha de Oliveira⁴
 Kilmara Melo de Oliveira Sousa⁵

RESUMO: A diabetes constitui um importante problema de saúde pública neste país, considerando-se as altas taxas de incidência, com expectativa de aumento nos próximos anos, devido a fatores genéticos, estilo de vida, alimentação, entre outros presentes no atual contexto social. Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar a convivência de pessoas idosas cadastradas em uma unidade básica de saúde do município de Patos-PB com diabetes *mellitus* II e sua adesão à terapia. Configura uma pesquisa exploratória, desenvolvida mediante uma abordagem quantitativa, tendo como amostra 18 idosos portadores de diabetes *mellitus*. A coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro de 2012. O instrumento utilizado para a coleta foi um roteiro de entrevista estruturado contendo perguntas objetivas e subjetivas. Os resultados mostram que 77,70% da amostra compõem-se por mulheres; uma coincidência entre as duas faixas etárias que reúnem maior número de idosos, sendo que 44,40% estão entre 60 e 69 anos; e 44,40% entre 70 e 79 anos; 55,70% componentes da amostra não possuem escolaridade; 77,80% deles iniciaram o tratamento a mais de 5 anos; 83,30% vem fazendo o tratamento de forma adequada; 72,20% aferem a taxa de glicose regularmente; 44,50% realizam o teste de glicemia de 2 em 2 meses; 44,50% revelam que não existe nenhuma dificuldade para conviver com diabetes *mellitus* e 72,2% praticam toda a dieta recomendada; 94,40% da amostra não ingerem bebida alcoólica; 38,90% usam glibenclamida como tratamento medicamentoso; 72,30% relatam que o medicamento é tomado via oral; 77,80% afirmam que fazem exercícios físicos eventualmente.

Conclui-se que a amostra permitiu identificar algumas dificuldades de compreensão devido ao alto índice de indivíduos sem nenhuma escolaridade. Uma boa compreensão das informações e conhecimento específico se faz necessário para a adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida para o controle da diabetes. A expectativa que temos é que outras pesquisas sejam realizadas nesta temática, aprofundando conhecimentos e ampliando a margem de informações, de forma a melhor contribuir com a ciência.

UNITERMOS: Adesão ao Tratamento. Diabetes Mellitus. Dificuldades para Controle de Doença e Promoção da Qualidade de Vida.

ABSTRACT: Diabetes is a major public health problem in this country, considering the high incidence rates, expected to increase in coming years due to genetic factors, lifestyle, food, among others present in the current social context. Thus, this study aims at analyzing the coexistence of older people enrolled in a primary care unit of the city of Patos - PB II diabetes mellitus and adherence to therapy. Configures an exploratory research, developed by a quantitative approach, with a sample of 18 elderly patients with diabetes mellitus. Data collection was conducted during the month of September 2012. The instrument used for data collection was a structured interview containing objective and subjective questions. The results show that 77.70% of the sample made up by women, a coincidence between the two age groups that gather a greater number of elderly, and 44.40% are between 60 and 69 years, and 44.40% between 70 and 79 years, 55.70% of the sample components have no schooling, 77.80% of them started treatment more than 5 years, 83.30% has been doing the treatment properly; 72.20% aferem the rate of glucose regularly; 44.50% perform the blood glucose test 2 by 2 months, 44.50% shows that there is no difficulty in living with diabetes mellitus and 72.2% practice all the recommended diet, 94.40% of the sample did not ingest alcohol; 38.90% using glibenclamide as drug treatment; 72.30% report that the drug is taken orally, 77.80% say they do physical exercises eventually. It was concluded that the sample identified some difficulties in understanding due to the high rate of individuals with no education. A good understanding of information and expertise is required for adherence to treatment and changes in lifestyle to control diabetes. The expectation we have is that further studies on this topic, knowledge deepening and broadening the scope of information in order to better contribute to science

KEYWORDS: Adherence to Treatment. Diabetes Mellitus. Difficulties in Controlling the Disease and Improving the Quality of Life.

1. Artigo extraído de monografia apresentada à Coordenação de Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

2. Acadêmico do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das FIP. Rua Tenente Ananias, nº 52. Belo Horizonte, Patos-PB.

3. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor das Faculdades Integradas de Patos.

4. Enfermeira. Especialista. Professor das Faculdades Integradas de Patos.

5. Enfermeira. Especialista. Professor das Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a diabetes, um importante problema de saúde pública neste país, devido a altas taxas de incidência, com expectativa de aumento nos próximos anos, tendo como fatores determinantes, a genética, estilo de vida, alimentação, entre outros presentes no atual contexto social.

Até o presente, não há tratamento para a cura dessa doença, o que se tem são medidas terapêuticas de controle e de prevenção de agravos ou complicações decorrentes da diabetes, que fazem com que a pessoa possa conviver com a doença sem maiores problemas. Sob essa perspectiva, as pessoas com diabetes devem ser instruídas para conviver com a doença com qualidade de vida e relativas condições de saúde. Isso implica uma tomada de consciência que possibilite adesão ao tratamento medicamentoso, controle da ingestão de alimentos e estilo de vida compatível com a nova situação gerada pela doença.

O Interesse por essa temática surgiu por ocasião da realização dos estágios supervisionados I, na rede básica de serviços de saúde, quando despertamos para a necessidade de aprofundar os conhecimentos que detínhamos sobre o Diabetes Mellitus tipo II e refletir acerca de possíveis dificuldades encontradas pelos idosos dentro de uma unidade básica de saúde.

Como acadêmico de enfermagem tive a oportunidade de constatar, durante o período de estágio na Unidade Básica de Saúde no programa de Hiperdia, que o diabetes mellitus tipo II é um dos problemas mais importantes de saúde, com ênfase em prevalência e incidência. Dependendo do tipo de diabetes mellitus, esta doença é prevalente em idosos, ou pessoas com obesidade.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, desenvolvida mediante uma abordagem quantitativa. Sua realização prescreveu possíveis dificuldades de adesão ao tratamento, apresentadas pelas pessoas idosas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, cadastradas em uma unidade básica de saúde (UBS), localizada no município de Patos (PB). Os sujeitos participantes do estudo foram 18 usuários da referida unidade de saúde, em tratamento de diabetes mellitus tipo II, cadastrados no programa HIPERDIA, com idade de 60 a 89 anos, que concordaram livremente em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista estruturado contendo perguntas objetivas e subjetivas, que permitiu a captação de informações relevantes para análise em conformidade com os objetivos formulados para esta pesquisa, realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos (FIP) sob protocolo nº 202/2012. Seguiu a orientação da Resolução N 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada como todos os direitos sobre os princípios éticos como: Beneficência, respeito e justiça (LIMA, 2009).

O desenvolvimento da pesquisa buscou responder a questões como: Existem dificuldades apresentadas pelas pessoas

que convivem com diabetes mellitus em relação à adesão à terapia? O que sabem essas pessoas acerca dessa doença?

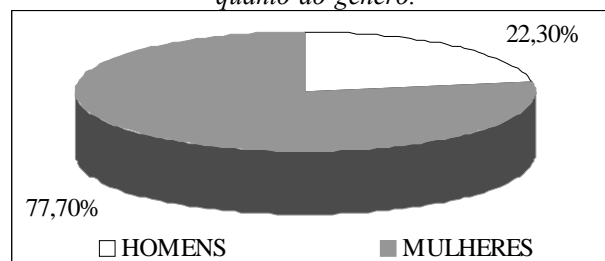
A partir desses pressupostos, o presente trabalho foi desenvolvido visando detectar possíveis dificuldades de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde deste município de adesão à terapia e convivência com o diabetes mellitus. Sua realização possibilitou uma melhor compreensão acerca da problemática, a construção de um texto que servirá de subsídios à reflexão e tomada de decisões quanto à orientação e planejamento de ações voltadas para a saúde e qualidade de vida das pessoas acometidas pelo diabetes mellitus II.

Para orientar o processo de desenvolvimento da pesquisa foram elaborados os seguintes objetivos: Geral - Analisar convivência de pessoas idosas cadastradas em uma unidade básica de saúde do município de Patos-PB com diabetes mellitus II e sua adesão à terapia, e específicos - Descrever as questões conceituais, epidemiológicos, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da diabetes mellitus; caracterizar o grupo amostral quanto o gênero faixa etária e grau de escolaridade; evidenciar possíveis dificuldades de adesão à terapia e convivência de idosos que convivem com diabetes mellitus tipo II, cadastrados na unidade básica de saúde cenário deste estudo; discutir os achados à luz da literatura revisada, em articulação com a saúde e qualidade de vida dessas pessoas.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Os dados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos e analisados através da estatística descritiva discutidos à luz da literatura pertinente revisada neste estudo, ressaltando a importância da interação eficaz entre pessoas que convivem com diabetes mellitus tipo II e profissionais de enfermagem, para a resolução de possíveis problemas de saúde que acometem essas pessoas. Portanto, de extrema relevância para acadêmicos, profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, tanto na prática assistencial como no ensino e pesquisa.

Gráfico 01- Distribuição do grupo amostral quanto ao gênero.



Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

De acordo com o gráfico 01 observa-se que 77,70% da amostra é composta por idosos do sexo feminino e 22,30% por idosos do sexo masculino. A literatura destes dados gera expectativa de que a predominância do sexo feminino implica atenção especial, considerando que na literatura revisada há informações complementares diferentes. O número de idosos do sexo feminino este crescendo em relação ao do sexo

masculino? Que fatores estão interligado nesse crescimento? Trata-se de uma determinante regional? Pois em algumas pesquisas realizadas, como a de Francisco et al. (2010), no estado de São Paulo entre os anos de 2001 e 2002 com 200 idosos 70% deles, com diabetes mellitus eram do sexo feminino e 30% eram do sexo masculino; quase o inverso do que foi encontrado no presente estudo. outra pesquisa realizada por Coeli et al.(2002) na cidade de Rio de Janeiro em 1994, de 2.974 óbitos ocorridos em idosos, 291 foram por diabetes mellitus, sendo que 53% do sexo feminino e 47% do sexo masculino; uma observação é comum entre os dados dessas pesquisas e o resultado da amostra no gráfico 01: O desequilíbrio entre ambos os gêneros nos idosos com diagnóstico de diabetes mellitus II.

Tabela 01 - Distribuição segundo a faixa etária.

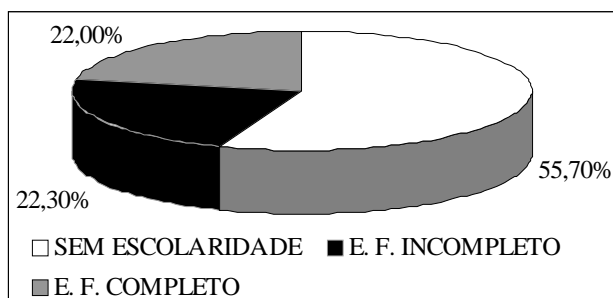
FAIXA ETÁRIA	F	%
60-69	08	44,4
70-79	08	44,4
80-89	02	11,2
TOTAL	10	100

Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

Os dados contidos na tabela 01 evidenciam uma coincidência entre as duas faixas etárias que reúnem maior numero de idosos, sendo que 8 (44,4%) possuem idades entre 60 e 69 anos; e 8 (44,4%) possuem idades entre 70 e 79 anos. Apenas 2 (11,2%) aparecem com idade entre 80 e 89 anos. Trata-se de um estudo amostral que não deve ser generalizado, porém a maioria dos idosos com diabetes mellitus 88,80% está concentrada entre a maior parte dos 60 e 79 anos.

Consideremos oportuno ressaltar que é justamente na faixa etária em que a maioria da amostra se encontra que o diabetes não tratado vem a comprometer o desempenho psicológico dos indivíduos, bem como, com a evolução da doença, a sintomatologia torna-se mais evidente e, portanto, as pessoas com está doença tareiam-se mais susceptíveis á complicações severas. Embora o diabetes mellitus possa ocorrer em qualquer idade, há um aumento dramático de sua prevalência na população de pessoas idosas. Com informação na literatura revisada neste estudo de que 80% dos diabéticos têm idade superior a 45 anos (CARVALHO; PAPALÉO NETO, 2006).

Gráfico 02 - Distribuição do Grupo amostral quanto ao grau de escolaridade.



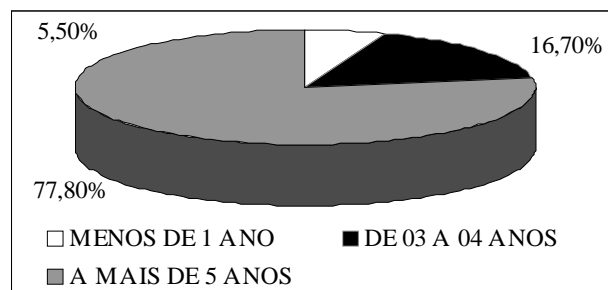
Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

No gráfico 02 podemos averiguar que, 10 (55,70%) componentes da amostra não possuem escolaridade, caracterizando um altíssimo nível de pessoas sem escolaridade, com todas as implicações que isso possa acarretar na vida dessas pessoas. 4 (22,30%) possuem o ensino fundamental incompleto; 1 (5,50%) concluiu ensino fundamental completo; 1 (5,50%) não possui o ensino médio completo; 1 (5,50%) concluiu o ensino médio; e 1 (5,50%) possui o ensino superior completo. São dados preocupantes, pois mostra que o baixo nível de escolaridade caracteriza uma amostra com necessidades especiais a serem consideradas no contexto das pessoas com diabetes mellitus, particularmente com relação á adesão ao tratamento e convivência com esta doença com qualidade de vida e uma senilidade ativa.

Apesar de o estudo particularizar o grupo de usuários de uma unidade básica de saúde inscritos no programa hiperdia, com a participação de 60% desses no presente estudo, observa-se que 77,8% da amostra está em tratamento a pelo menos três anos. Trata-se de um grupo de pessoas com 55,70% sem nenhuma escolaridade, gerando a expectativa de que, de alguma forma, elas tomaram conhecimento da necessidade de cuidados e estilo de vida adequadas para conviver com a diabetes e ter uma velhice ativa, a os estão colocando em prática.

Dados de uma pesquisa realizada por profissionais do grupo Multiprofissional de pesquisa sobre Idosos (GMPI) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná constata a baixa escolaridade entre os participantes da pesquisa, sendo que 30% dos idosos entrevistados são analfabetos e 50% possuem apenas o ensino fundamental incompleto. Isto chama a atenção para o baixo nível de compreensão do tratamento e do modo de se cuidar desses idosos, que, por sua vez não realizam o tratamento de modo adequado, levando-os a dependerem dos familiares para a realização do mesmo de maneira eficaz (LENARDT, 2008).

Gráfico 03 - Distribuição do grupo amostral conforme o tempo em que o tratamento foi iniciado.



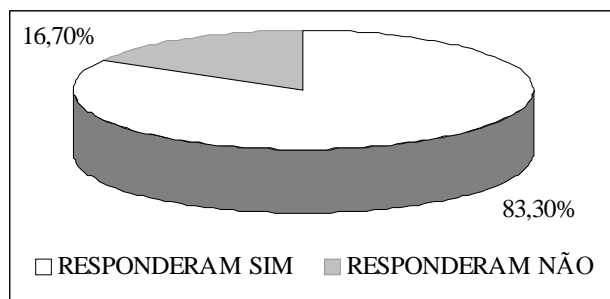
Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

O gráfico 03 apresenta um dado interessante quanto ao tempo em que os participantes do estudo estão em tratamento. Apenas 1 (5,50%) dos idosos com diabetes mellitus iniciou o tratamento a menos de 1 ano; 3 (16,70%) fazem o tratamento de 3 a 4 anos, e, 14 (77,80%) deles iniciaram o tratamento a mais de 5 anos.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o diabetes

mellitus se destaca como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre idosos. O acelerado ritmo do processo de envelhecimento da população Brasileira, a tendência ao sedentarismo imposta pelas características de atual contexto social, bem como os inadequados hábitos alimentares, além de outras mudanças sócio comportamentais, estão contribuindo para os crescentes níveis de incidência e prevalência do diabetes, bem como de mortalidade pela doença. No entanto, quando tratada adequada e precocemente, maiores são as chances de controle ou reversão dos danos causados pela doença (FRANCISCO *et al.*, 2010).

Gráfico 04 - Distribuição do grupo amostral quanto a fazer ou não o tratamento adequado com todos os controles para diabéticos.

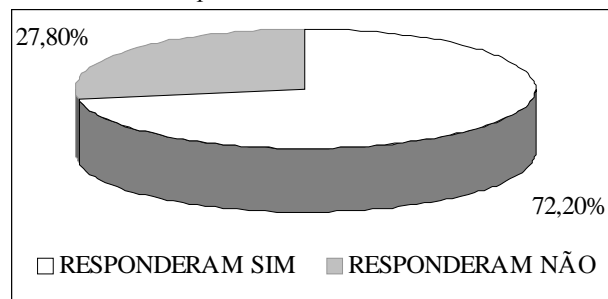


Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

De acordo com os dados expressos no gráfico 04, verifica-se que 15 participantes do estudo (83,30%) da amostra vem fazendo de forma adequada o tratamento da diabetes mellitus. Com apoio nesta informação, é possível destacar dois pontos relevantes: essas pessoas estão recebendo informações de acordo com o seu nível de escolaridade, o que significa boa qualidade de assistência prestada pelos profissionais de saúde; e sua atenção e interesse em colocar em prática as orientações dos profissionais. Apenas um grupo de três pessoas (16,70%) da amostra disseram que não realiza o tratamento de forma adequada. Os dados deste estudo não ajudam a compreender melhor esta informação, contudo é possível que coincida com aqueles que fazem o tratamento a menos tempo, por isso não tenham ainda tomado consciência da importância de cuidar-se.

O tratamento dos idosos portadores do diabetes mellitus exige cuidados cotidianos relacionados a peculiaridades da própria doença e ao envelhecimento. Os cuidados necessários apresentam relação com o grau de dependência nas realizações das atividades de vida diária, compreensão da doença e modos de cuidar. Os idosos possuem significados próprios, hábitos de vida peculiares que abrangem sua alimentação, higiene, seu conforto, lazer, sua vida espiritual, seus objetos pessoais, todo modo como desenvolvem a cultura do cuidado de si. A não consideração destes fatores pode gerar empecilhos no tratamento do idoso diabético, no entanto atualmente as unidades de saúde, através de seus programas estão investindo em medidas que facilitem cada vez mais a adesão dessa população às unidades e consequentemente ao devido tratamento (LENARDT, 2008).

Gráfico 05 - Distribuição do grupo amostral quanto a fazer ou não o exame de glicemia, o teste para o controle da diabetes.



Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

O gráfico 05 evidenciam que 13 participantes do estudo, representando (72,20%) da amostra do estudo inerente a idosos com diabetes mellitus aferem sua taxa de glicose regularmente, enquanto 5 (27,80%) disseram que não realizam o exame regularmente. A partir destes dados, infere-se que a maioria da amostra está bem informada e consciente de suas obrigações para com a sua própria saúde, principalmente visando ao controle da diabetes, qualidade de vida e uma velhice ativa.

O teste de glicemia consiste na verificação da glicemia capilar através da punção puntiforme nas polpas digitais dos membros superiores, com equipamento apropriado (lanceta), sua pratica visa ao controle e avaliação dos níveis de glicose no sangue em pacientes diabéticos permite entender imediatamente os quadros clínicos cuja sintomatologia seja sugestiva de hipo e hiperglicemia em pacientes suspeitos e diagnosticados com diabetes, ou outra patologia que provoque a disfunção da insulina endógena. Este teste ganha ainda mais importância entre idosos, faixa etária na qual essa doença é bastante frequente, pouco diagnosticada e tratada adequadamente. Ressalte-se que as pessoas idosas são mais suscetíveis à diabetes devido sua fragilidade (JÚNIOR MAMDO, 2007).

Tabela 02 - Distribuição do grupo amostral quanto ao intervalo para realização dos testes.

PERÍODO DE REALIZAÇÃO DOS TESTES	F	%
02 em 02 meses	08	44,5
06 em 06 meses	01	5,5
De ano em ano	01	5,5
Não sabe informar	08	44,5
TOTAL	18	100

A tabela 02 mostra que 08 participantes do estudo (44,50%) da amostra realizam o teste de glicemia de 2 em 2 meses; 01 (5,50%) realiza em 6 em 6 meses; 01 (5,50%) realiza de ano em ano, e, 08 (44,50%) da amostra não sabe informar de quanto em quanto tempo é realizado teste. Há uma coincidência no número de participantes do estudo quanto ao período de realização do teste: oito dizem faze-lo a cada dois meses, e oito pessoas não souberam informar a periodicidade além de um que diz realizar a cada ano. Portanto observou-se que os dados são insatisfatórios

pois para um bom tratamento para diabetes mellitus é de muita importância que se realize o teste corretamente com frequência.

A revisão da literatura feita neste estudo enaltece a importância que se realize a glicemia capilar com frequência regular que possivelmente venha contribuindo com a informação de que a incidência do diabetes vem reduzindo cada vez mais com o passar dos anos; isso se deve pela conscientização da população que está cada vez mais, por dentro dos benefícios que as visitas periódicas aos postos de saúde podem proporcionar com relação a prática da glicemia (BRASIL, 2006).

Tabela 03 - Distribuição do grupo amostral quanto às principais dificuldades que encontra para conviver com o diabetes.

DIFICULDADES	F	%
Dieta e medicação	05	27,8
Dieta	01	5,5
Alimentação	03	16,7
Não pode beber	01	5,5
Nenhuma	08	44,5
TOTAL	18	100

Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

Os dados da tabela 03 revelam que 05 (27,8%) dos idosos encontram dificuldades em cumprir as recomendações quanto à dieta e medicação; 01 (5,5%) refere dificuldade só com a dieta; 03 (16,7%) dizem ter dificuldade com a alimentação; 01 (5,5%) relata que tem dificuldade porque não pode beber devido a sua patologia e 08 (44,50%) revelam que não existe nenhuma dificuldade para conviver com diabetes mellitus.

Tabela 04 - Distribuição do grupo amostral quanto a cumprir a dieta recomendada para o controle da diabetes.

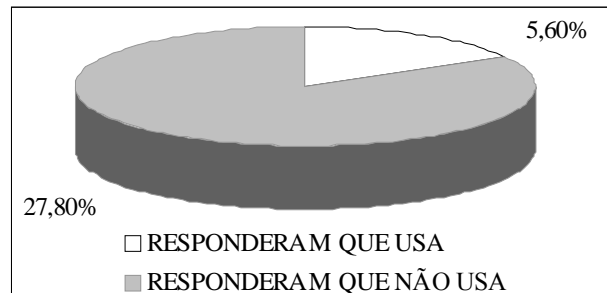
RECOMENDAÇÕES	F	%
Prática toda a dieta recomendada pelo médico	13	72,2
As vezes foge da dieta	05	27,8
TOTAL	18	100

Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

A tabela 04 revela que 13 (72,2%) dos idosos praticam toda a dieta recomendada para o tratamento da diabetes, e 05 (27,8%) revelam que às vezes fogem dessa dieta recomendada para o diabetes mellitus. A alimentação, desde que nutricionalmente correta, exerce papel fundamental na promoção, manutenção e recuperação da saúde de pessoas idosas, sendo que várias mudanças decorrentes do processo de envelhecimento podem ser atenuadas com uma alimentação adequada e balanceada nos aspectos dietéticos e nutritivos. O aumento da diabetes no envelhecimento se deve principalmente a obesidade, a maior ingestão de carboidratos (massas, pães, batatas), sendo assim, é de extrema importância que o portador dessa patologia controle seu hábito alimentar, buscando

orientações através de profissionais adequadamente capacitados para orientar uma dieta adequada que supra as necessidades dos portadores do diabetes mellitus em geral (BIANCHI, et al. 2000).

Gráfico 06 - Distribuição do grupo amostral quanto ao uso de bebida alcoólica.

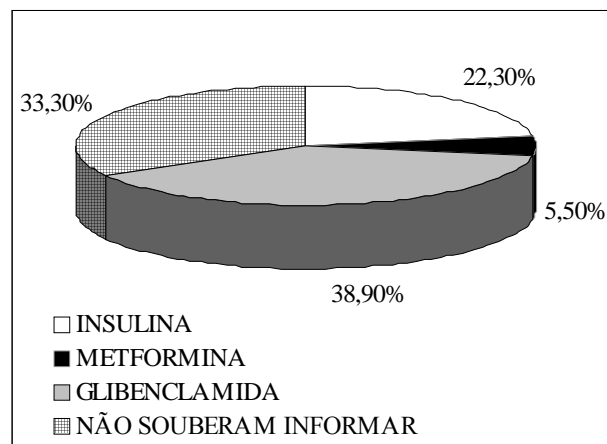


Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

O gráfico 06 mostra que 17 (94,40%) dos idosos com diabetes mellitus não ingerem bebida alcoólica, proporcionando melhores condições em sua qualidade de vida; já 01 (5,60%) faz uso de bebida alcoólica possuindo um grande fator de risco para complicações inerentes ao não controle do diabetes mellitus.

O consumo de álcool é comum entre os idosos, porém seu uso pode resultar em alterações que podem agravar o estado de saúde do idoso portador de diabetes; em relação ao consumo de álcool durante o tratamento medicamentoso, pode influenciar negativamente a capacidade funcional, a capacidade psicomotora e cognição, incluindo a atenção e memória, colocando o idoso em maior risco de acidentes, ferimentos, isolamento e finalmente institucionalização (HULSE, 2002).

Gráfico 07 - Distribuição do grupo amostral quanto a informação acerca da medicação que utiliza.



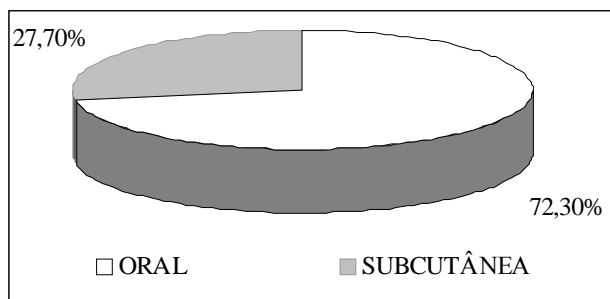
Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

O gráfico 07 revela que 04 (22,30%) dos idosos participantes deste estudo utiliza insulina como medicamento para controle do diabetes mellitus; 01 (5,50%) usa metformina; 07 (38,90%) usam glibenclâmida e 06 (33,30%) não souberam

informar qual a medicação que utilizam para o controle da diabetes mellitus. Registra-se um percentual muito alto de pessoas que não sabem informar sequer o nome da medicação que tomam. Este é um dado preocupante, que provavelmente interfere na tomada de decisão para aderir ao tratamento e estilo de vida adequado a um idoso que convive com diabetes mellitus.

Medicamentos como hipoglicemiantes orais são os mais indicados para o tratamento nos casos do diabetes tipo 2 não responsivo a mediadas farmacológicas isoladas, pois proporcionam menores chances de desenvolver complicações para o diabético, que por sua vez adquire boa aceitação da insulina (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Gráfico 08 - Distribuição do grupo amostral quanto à via de administração de medicamentos.

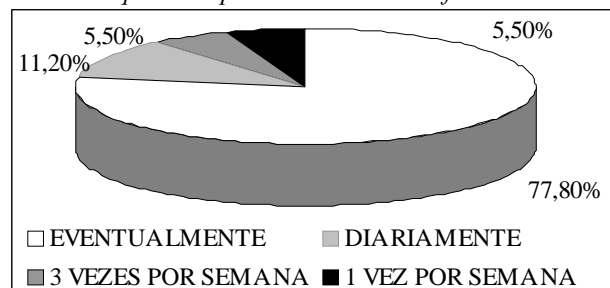


Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012.

Os dados expressos no gráfico 08 mostram que 13 pessoas (72,30%) da amostra relatam que a via de administração de medicamentos é oral; 05 (27,70%) revelam que é subcutânea. Porcentagem significativa dos sujeitos participantes do estudo informa tomam a medicação por via oral, uma forma bem mais simples de terapia medicamentosa, exigindo apenas o cumprimento de dosagem prescrita e horário de tomadas outros 27,70% dizem fazer uso da medicação por via subcutânea, gerando cuidados especiais quanto a técnica de aplicação, observação rigorosa quanto a dosagem a ser ministrada, além de ser um tratamento mais oneroso.

Por ocasião da realização da entrevista, procuramos saber se os entrevistados sabiam qual a dosagem da medicação que tomavam e todas elas informaram que não sabem qual a dosagem da medicação que utilizam para o tratamento da diabetes mellitus. Isso revela o conhecimento limitado que detêm acerca do controle da diabetes.

Gráfico 09 - Distribuição do grupo amostral quanto à prática de exercício físico.



Fonte: Pesquisa realizada em uma Unidade Saúde da Família-Patos (PB), 2012

De acordo com dados expostos no gráfico 09, é possível conferir que 02 (11,20%) da amostra revela que faz exercícios físicos diariamente; 01 (5,50%) revela que faz 3 vezes por semana; 01 (5,50%) diz que faz 1 vez por semana, e, 14 (77,80%) que fazem exercícios físicos eventualmente. Infere-se que a amostra foi não satisfatória pois a maioria só realiza exercícios físicos eventualmente e a maioria que prática não o faz com frequência regular.

O sedentarismo é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças, hipertensão arterial, diabetes mellitus, aumento do colesterol, entre outros. Ele é o principal fator de risco para a morte súbita, estando na maioria das vezes associado direta ou indiretamente às causas ou agravamento da grande maioria das doenças (FRANCISCO *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo atingiu plenamente os objetivos para o mesmo. Permitiu caracterizar a amostra, que apresenta alto índice de pessoas sem escolaridade, o que dificulta a necessária compreensão do conhecimento indispensável à adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida para o controle do diabetes e proporção de uma senilidade ativa, com qualidade de vida.

Contribuiu para o desenvolvimento pessoal do seu ator, bem como para aprimoramento do conhecimento específico acerca do diabetes mellitus, dos recursos utilizados para o respectivo controle e promoção da senilidade ativa e qualidade de vida do idoso.

Possibilitou a elaboração do presente texto, que oferece subsídios à reflexão de estudantes, profissionais de enfermagem e pessoas interessadas pela temática nele desenvolvida. Sua leitura possibilitará o planejamento de ações que contribuam para a tomada de decisões quanto ao desenvolvimento de uma consciência favorável à adesão ao tratamento para o controle do diabetes, mudança de estilo de vida e regime alimentar que contribuam para saúde e qualidade de vida da pessoa idosa com diabetes.

Ao finalizar este estudo, percebemos que, apesar de relevância das evidências nele contidas, trata-se de um estudo regionalizado, desenvolvido com uma amostra pequena, por isso, as inferências não devem ser generalizadas. Por outro lado, a importância dessas evidências justifica a necessidade da realização de outros estudos mais amplos e de análises mais rigorosas, particularmente, quanto às características da população estudada e as dificuldades inerentes à adesão ao tratamento do diabetes mellitus e promoção da qualidade de vida do idoso que convive com esta doença.

R E F E R Ê N C I A S

- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudos de fatores associados á adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família. **Ciência s Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, p.34, dez.2008.
- BIANCHI, M. L. P et al. Minerais In: Nutrição: Fundamentos e aspectos atuais. São Paulo: Atheneu, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). **Tratamento e Acompanhamento de Diabetes Mellitus**, MS, 2006.
- CARVALHO, Érico Thomaz de; NETO, Mathew Papaleo. **Geriatrics: Fundamentos, Clínica e terapêutica**. 2 ed., São Paulo Editora, 2006.
- COELI, C.M et al. **Mortalidade em idosos por Diabetes mellitus como causa básica e associada. básica e associada**. Ver. Saúde Pública. [online] 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 20 de setembro de 2012.
- FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.1, pp.175. Acesso em 10 de outubro de 2012.
- HULSE, G. K. Álcool, drogas e muito mais tarde na vida. **Rer. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2002, vol.24, Disponivel em <http://translate.google.com.br/translate?>. Acesso em 10 de outubro de 2012.
- JÚNIOR MAMDO, M. Diabetes no idoso: Controle dietético e energético. **Medicina geriátrica**. 2007. Disponível em: <http://www.medicinageritrica.com.br/2007/diabetes-no-idoso-controle-dietetico-e-energetico/>. Acesso em 5 de outubro de 2012.
- LENARDT, M. H. Terceira idade: a baixa escolaridade e os medicamentos. **Vida e Cidadania**.2008.Disponívelem<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo>. Acesso em 05 de outubro de 2012.
- LIMA, C. B. **Dispositivos Legais Norteadores da Prática de Enfermagem**. 2.Ed. João Pessoa: C. Bezerra de Lima, 2009.

Data de recebimento para publicação: 20.02.2013. - Data de aprovação do trabalho: 15.03.2013.

temas em
saúde

Percepção de Usuários de uma Unidade Básica de Saúde sobre Fatores de Risco para Hipertensão Arterial¹

User perception of a Basic Health Unit on Risk Factors for Hypertension

Marília Arcoverde Cassiano²

Maria de Magdala Nóbrega³

Maria Mirtes de Nóbrega⁴

Geane Gadelha de Oliveira⁵

RESUMO: A hipertensão arterial é uma doença que geralmente está relacionada a mais de uma causa, pode ser desencadeada por ações de vários fatores como stress, dieta inadequada e hereditariedade, quando diagnosticada a hipertensão deve ser monitorizar a pressão e o estilo de vida regularmente para que não venha a acontecer risco de eventos cardiovasculares. O objetivo foi conhecer os fatores de risco que contribuem para Hipertensão Arterial Sistêmica. O presente estudo foi do tipo exploratório descritivo com abordagem quanti-qualitativo, sendo realizado na USF de Santa Luzia-PB, a população foi composta de 50 e amostra de 25 hipertensos. O questionário foi elaborado contendo perguntas abertas e fechadas, realizado no período de outubro de 2012. Os dados encontrados foram que 60% do sexo feminino, 60% com idade entre 51 a 60 anos, 36% ensino médio completo, 80% de 1 a 3 salários mínimos, 28% são aposentados, 68% afirma ter conhecimentos sobre a hipertensão arterial sistêmica, 98% relata que sabe quais os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão. A educação em saúde deve ser prática presente na Estratégia saúde da Família, uma vez que, através dela podem-se evitar inúmeros agravos a saúde da população, pois as mesmas tendo conhecimentos sobre a causa das doenças facilitará a adesão a promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Portanto concluímos que foi de grande relevância para aprimoramento de conhecimentos, bem como repasse de orientações sobre a prevenção da HAS.

UNITERMOS: Fatores de Risco. Hipertensos. Percepção.

ABSTRACT: Hypertension is a complex disease that is usually associated with more than one cause, actions can be triggered by various factors such as stress, poor diet and heredity, when diagnosed hypertension should monitor the pressure and lifestyle not to regularly will happen later risk of cardiovascular events. The goal was to understand the risk factors that contribute to systemic hypertension. This study was a descriptive exploratory approach with quantitative and qualitative, and performing at USF Santa Luzia-PB, the population was composed of 50 and sample of 25 hypertensive patients of both sexes. The questionnaire was prepared containing open and closed questions, being made from October this year. The data found that 60% were female, 60% aged 51 to 60 years, 36% completed high school, 80% 1-3 times the minimum wage, 28% are retired, 68% claimed to have knowledge about hypertension systemic, 98% reported that knows what the risk factors for the development of hypertension. Health education should be practicing this in the Family Health Strategy, since through it one can avoid numerous hazards to health of the population, because they have knowledge about the cause of disease will facilitate adherence to promotion, prevention and rehabilitation health. Therefore we conclude that the present study was of great importance that served enhancement of knowledge and transfer of guidelines on the prevention of hypertension, and also served as a basis for further studies that address this same issue.

KEYWORDS: Risk. Factors. Hypertensive. Perception.

1. Artigo subtraído do Trabalho de conclusão de curso de Enfermagem para obtenção do título de bacharel.

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Rua Arlindo Bento de Moraes, nº 77 Bairro São José, Santa Luzia - PB. CEP 58600-000. Email: marilia_cassiano@hotmail.com.

3. Mestre em Enfermagem de Saúde Pública. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

4. Mestre em Ciências da Educação. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

5. Especialista em Saúde da Criança. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

Segundo Smeltzer e Bare (2005), hipertensão arterial é assim considerada quando a PAS é superior a 140mmHg e a PAD maior que 90mmHg, durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde depois de uma triagem inicial. A Pressão Arterial alta conhecida como hipertensão, pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, de uma alteração na resistência periférica ou de ambas. A hipertensão arterial é um problema cardiovascular cada vez mais crescente em nossa realidade. A vivência na UBS possibilitou-me identificar a importância de reconhecer os fatores de risco predisponentes à hipertensão arterial.

Diante da realidade evidenciada que a hipertensão é um agravo a saúde pública, por causarem vários tipos de danos físicos e até mesmo incapacitantes, chegamos ao seguinte questionamento: De que forma podemos mudar esta realidade a partir da identificação dos fatores de risco que contribuem para a HAS?

O presente estudo será de grande relevância social, visto que tem como principal objetivo conhecer os fatores de risco da HAS e por consequência diminuir as complicações advindas da doença. Demonstrando como modificar esta realidade através de hábitos de vida saudáveis. Também será muito importante, pois servirá de literatura para outros acadêmicos que desejem pesquisar essa mesma temática.

METODOLOGIA

O presente estudo foi do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. De acordo com Gil (2009), este tipo de pesquisa é desenvolvida com objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de um determinado fato. O estudo foi realizado em uma UBS no município de Santa Luzia-PB. A população foi constituída de 50 pessoas com idade entre 30 a 65 anos, vítimas de HAS, acompanhadas em uma UBS de Santa Luzia-PB. A amostra foi configurada por 25 pessoas. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um roteiro de entrevistas, com perguntas subjetivas e objetivas, contando com dados sócio demográfico e dados relacionados a pesquisa. Os dados foram coletados após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética das FIP, nos meses de agosto a outubro de 2012. O mesmo foi realizado na recepção da Unidade Básica de Saúde, com os portadores de hipertensão arterial sistêmica, em intervalo de 15 a 20 minutos para cada um entrevistado, uma vez que durante este tempo será informado a importância do estudo e seus objetivos. Os dados foram analisados através da estatística descritiva e os resultados apresentados em forma de gráficos e tabelas. Os dados qualitativos foram analisados a luz da literatura pertinente de acordo com a coerência entre a fala do sujeito. A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, que se referem as normas regulamentares de pesquisas com seres humanos, visando garantir em plena totalidade o sigilo das informações (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica da amostra (N=25)

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	F	%
Sexo	Feminino	15	60
	Masculino	10	40
Idade	41 a 50 anos	03	12
	51 a 60 anos	15	60
	61 a 65 anos	07	28
Escolaridade	Não estudou	02	08
	E. F. Completo	06	24
	E. F. Incompleto	04	16
	E. M. Completo	09	36
	E. M. Incompleto	03	12
Renda Familiar	Menos de 1 salário	03	12
	De 1 a 3 salários	20	80
	Mais de 3 salários	02	08
Profissão	Agricultor	04	16
	Aposentada	07	28
	Do lar	05	20
	Autônomo	09	36

Fonte: Dados do estudo. 2012.

De acordo com a Tabela 1, demonstra que 60% (15) afirmam ser do sexo feminino, 40% (10) são masculinos.

Embora estudos transversais não permitam estabelecer relações de associação da HAS com o aumento da idade, evidencia-se que a população idosa na sua grande totalidade não adéqua ao um estilo de vida saudável sendo como principal fator de risco a obesidade que sua gênese implica fatores ambientais, como hábitos alimentares inadequados e inatividade física (FERREIRA, *et al.*, 2012).

A hipertensão possui sua maior frequência entre as mulheres, provavelmente por se tratar que as mulheres procuram mais atendimentos do que os homens, o que é compatível com a maior procura pelos serviços de saúde, resultando em maior proporção de diagnósticos médicos neste sexo (FERREIRA, *et al.*, 2012).

Em relação a faixa etária verifica-se que 60% (15) possui idade entre 51 a 60 anos, 28% (7) 61 a 65 anos, 12% (3) 41 a 50 anos.

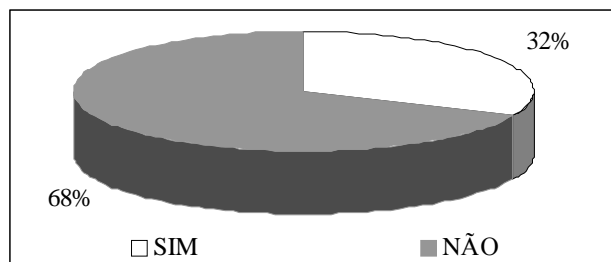
Segundo a tabela com relação a escolaridade verifica-se que 36% (9) possui ensino médio completo, 16% (4) possui ensino fundamental incompleto, 24% (6) ensino fundamental completo, 12% (3) ensino superior e 8% (2) não estudou.

A frequência de hipertensão aumentou com a idade, diminuiu com a escolaridade, foi maior entre negros e viúvos e menor entre solteiros. A chance de hipertensão, ajustada para variáveis de confusão, foi maior para os indivíduos com excesso de peso, diabetes, dislipidemia e de eventos cardiovasculares.

A renda familiar apresenta-se 80% (20) 1 a 3 salário mínimo, 12% (3) 3 menos de um salário mínimo, 8% (2) mais de 3 salário mínimo.

Quanto a profissão 36% (9) autônomo, 28% (7) aposentada, 16% (4) agricultor, e 20% (5) são do lar.

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra se você sabe o que é a hipertensão arterial sistêmica.



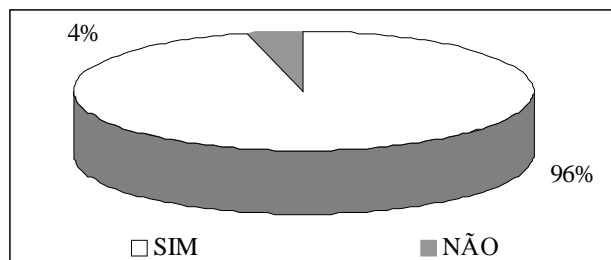
Fonte: dados do próprio estudo

De acordo com o Gráfico 1 demonstra que 68% (17) afirma que tem conhecimentos sobre a hipertensão arterial, 32% (8) relata que não sabem.

É importante que a população tenha conhecimento sobre a patologia Hipertensão arterial sistêmica, sendo que tais conhecimentos influenciam de forma positiva a evitar as possíveis complicações que a mesma pode causar.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Em 2008, 2.969 óbitos foram registrados em excesso pelas doenças cerebrovasculares em comparação ao total de óbitos por doenças isquêmicas do coração; portanto, a importância social da HAS é incontestável (LESSA, 2010).

Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra em relação se você sabe quais os fatores de risco para hipertensão arterial.



Fonte: dados do próprio estudo

Segundo o Gráfico 2, demonstra que 96% (24) afirmam que sabem quais os fatores de risco, enquanto que 4% (1) afirma não ter conhecimentos sobre tais fatores.

Os conhecimentos sobre os fatores de risco da HAS são de grande relevância uma vez que os mesmos tendo conhecimentos facilita a adesão ao tratamento, bem como a prevenção dos agravos que a patologia pode causar no ser humano.

Para que o autocuidado tenha sucesso é necessário perceber as próprias necessidades, ou seja, indagar-se sobre que é realmente preciso ter no estilo de vida para manter a saúde. A percepção do indivíduo sobre um problema a ser enfrentado, em seu ritmo natural, é um fator importante que influencia na reação para a busca de melhorias. A partir deste ponto, há possibilidade de harmonizar a saúde com o viver do cotidiano

(LESSA, 2010).

Quadro 1 - Análise da amostra sobre os fatores de risco para a hipertensão arterial

QUESTIONAMENTO	RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Você sabe quais os fatores de risco da hipertensão arterial? Se, sim quais?	<p>“Comida gordurosa, salgada (S1, S13, S14, S22).”</p> <p>“Preocupação (S2, S11, S25).”</p> <p>“Alimentação errada (S3).”</p> <p>“Alegria, emoções e preocupação (S4, S12, S15, S24).”</p> <p>“Sal e preocupação (S5, S6, S7, S19).”</p> <p>“Preocupação, comida salgada e nervosismo (S8, S10, S16, S20, S21, S23).”</p> <p>“Comida salgada, tabagismo e alcoolismo (S9, S17).”</p>

Fonte: dados do próprio estudo

De acordo com o Quadro 1, demonstra que a maioria da amostra tem conhecimentos sobre os fatores de risco relacionando a ingestão de comidas salgadas, bem emoções fortes.

É de grande importância o dado analisado uma vez que a amostra deve ter consciência de que deve ter cuidados com a própria alimentação uma vez que os mesmos tendo certos cuidados evita o aparecimento de complicações e aumento principalmente dos níveis pressóricos.

Os portadores de hipertensão tendo consciência de quais os fatores de risco podem ocasionar a hipertensão facilita a assistência de enfermagem quanto as orientações sobre os cuidados que se devem ter para evitar o aparecimento da elevação da pressão arterial (SILVA; SOUSA, 2004).

Quadro 2 - Análise da amostra quanto às dificuldades enfrentadas durante o tratamento.

QUESTIONAMENTO	RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Na sua concepção quais suas dificuldades enfrentadas durante o tratamento?	<p>“Deixar de beber para fazer o tratamento (S1).”</p> <p>“Encontrar a medicação certa (S2, S11).”</p> <p>“Dieta (S3, S6, S19, S21, S22, S24).”</p> <p>“Nenhuma dificuldade (S4, S7, S10, S15, S16, S17, S20).”</p> <p>“Tomar os remédios (S5, S13, S18).”</p> <p>“Dieta e Medicação (S8, S14, S23, S25).”</p> <p>“Falta de remédio no PSF (S9).”</p>

Fonte: dados do próprio estudo

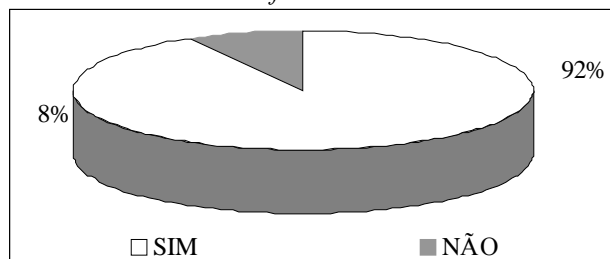
O Quadro 2 explica que a maioria sentiram dificuldades para realizar o tratamento, tais como adaptação com a dieta, assim como realizar a ingestão de medicamentos para o controle da pressão arterial.

Então análise deste dado, nos mostra o quanto é difícil tratar doenças que estão ligadas com os hábitos de vida da

população, uma vez que a dieta é mais agravante, bem como a adesão do tratamento destes pacientes.

Quando não é possível uma alimentação adequada, é substituída por lanches que, do ponto de vista nutricional, deixam a desejar, além de ser uma boa fonte de calorias e gorduras saturadas. Assim como os salgadinhos de pacote que além do sal, em sua maioria, contém massa na composição (SILVA; SOUSA, 2004).

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra se tem antecedentes familiares com HAS.



Fonte: dados do próprio estudo

Segundo o Gráfico 3, expõe que 92% (23) afirma ter antecedentes familiares com a HAS, enquanto que apenas 8% (1) afirma que não possui portadores da patologia na família.

Os antecedentes familiares para a HAS, é muito relevante, uma vez que a patologia tem relação tanto com os antecedentes familiares como faixa etária, bem como o sexo, tem uma grande importância, sendo notório que a doença está ligada de forma constante aos antecedentes familiares, ou com pessoas que tem casos de doenças cardiovasculares.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência cerca de 20% da população adulta como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao

tratamento (LESSA, 2010).

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ou 90 mm Hg de diastólica em pelo menos duas aferições subsequentes obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo (SILVA, SOUSA, 2004).

Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com conseqüentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações. A classificação utilizada, mais recente, é preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia baseada em parâmetros norte americanos (RENNER, *et al.*, 2008).

CONCLUSÃO

Assistência de enfermagem é de suma importância frente a esta patologia, onde o papel da enfermeira de levar as informações com relação a prevenção assim, como o controle da pressão arterial, ficando assim evidente que a hipertensão é doença que pode ser evitada com a realização de uma atividade física, bem como hábitos saudáveis.

A educação em saúde deve ser prática presente na Estratégia saúde da Família, uma vez que, através dela podem-se evitar inúmeros agravos a saúde da população, pois as mesmas tendo conhecimentos sobre a causa das doenças facilitará a adesão a promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

Portanto concluímos que o presente estudo foi de grande relevância uma que serviu de aprimoramento de conhecimentos, bem como repasse de orientações sobre a prevenção da HAS, e também servira de base para outros estudos que enfoquem esta mesma temática.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - (CONEP). Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília, 1996.
- FERREIRA, Sandra Roberta Gouveia et al. . Freqüência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2012 .
- LESSA, Ines. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, Aug. 2010.
- RENNER, S. B. R. *et al.*, Associação da hipertensão arterial com fatores de riscos cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS. **RBCA**. V. 40, n. 4, p. 261-66. 2008.
- SILVA, J. L. D. SOUSA, S. L. L. fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica *versus*. estilo de vida docente. **Revista eletrônica de enfermagem**. v. 06, n. 3, 2004. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Data de recebimento para publicação: 20.02.2013. - Data de aprovação do trabalho: 15.03.2013.

Prematuridade: Percepção de Gestantes Acerca do Parto Pré-Termo

Perception of The Pregnant Women on The Premature Birth

Wendell Soares Carneiro¹

Jailson Alberto Rodrigues²

Patrícia Agostinho da Silva³

Jozinete Vieira Pereira⁴

Mayra Vieira Pereira Targino⁵

RESUMO: O parto pré-termo pode comprometer a vida da gestante e do recém-nascido, exigindo que durante a gestação sejam desenvolvidas ações educativas de promoção e manutenção da saúde. Assim, este trabalho objetivou analisar a percepção de gestantes sobre o parto prematuro; traçar o perfil sociodemográfico da amostra; associar as doenças sistêmicas e hábitos deletérios na gestação ao parto prematuro; e discutir os achados com foco na assistência de enfermagem durante a gravidez. Realizou-se um estudo descritivo exploratório, quantitativo com gestantes cadastradas em uma unidade de saúde da família. Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2008, aplicando-se um questionário. Os achados foram dispostos em gráficos e tabelas e analisados à luz da literatura. Todas as gestantes situam-se entre 18 e 33 anos e desempenham atividades do lar. Algumas apresentam anemia como distúrbio da gestação, ou a mesma está associada a infecções urinárias. A maioria é multigesta e nenhuma tem hábitos deletérios como o tabagismo, ou uso de outras drogas ilícitas. Nove gestantes realizam consulta pré-natal, mas sete informam não receber orientações quanto à prematuridade, mas demonstram conhecimento sobre o tema. Infere-se que a assistência de enfermagem é carente quanto a ações de promoção da saúde, concretização e continuidade dessas ações.

UNITERMOS: Percepção. Gestante. Prematuridade.

ABSTRACT: The preterm delivery is one that occurs before 37 weeks, possibly compromising the life of the mother and the newborn. During pregnancy can develop educational activities to maintain health, and these individual or collective. This study aimed to evaluate the perception of pregnant women about preterm birth in the city of Patos - Paraíba; trace the socio-demographic profile of the sample, associated systemic diseases and harmful habits during pregnancy and premature delivery and to identify the importance of legal nursing during pregnancy. We conducted a descriptive exploratory study with 10 pregnant women in a population of 29 registered for prenatal care at USF Sebastiana Xavier in the neighborhood Bivar Olinto in Patos-PB. The research took place during September-October 2008, when we applied a structured interview-type questionnaire. The collected data were arranged in tables and graphs and analyzed in light of the literature. All pregnant women are at the range of 18 to 33 years and perform household tasks (70%). 40% of them have anemia as a disorder of pregnancy, or the pathology is associated with urinary tract infections (10%), 70% were multigravidae and they all (100%) do not use harmful habits like smoking, or using other illicit drugs however 10% consume alcoholic beverages. 90% of pregnant women held antenatal visit, but 70% did not receive guidance as to prematurity, but they demonstrate knowledge of the topic. Most patients showed a knowledge of the topic and are regulars at prenatal visits. Some have diseases arising from pregnancy. Nursing care in relation to health promotion, achievement and maintenance of these actions is lacking.

KEYWORDS: Perception. Pregnant. Prematurity.

1. Enfermeiro graduado pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Mestre em enfermagem pela UFPB. Endereço para contato: Rua Sérgio Lima, nº 266, Jardim Guanabara, CEP: 58701-360, Patos - PB. E-mail: wendell_sc@ig.com.br.

2. Enfermeiro graduado pelas FIP.

3. Enfermeira graduada pelas FIP.

4. Docente do curso Bacharelado em Enfermagem das FIP. Doutora em odontologia.

5. Docente do curso Bacharelado em Biomedicina das FIP. Mestra em nutrição.

INTRODUÇÃO

A gestação consiste no seu tempo normal entre 37 semanas completas e 42 incompletas, resultando assim em um recém-nascido chamado “a termo”. O parto prematuro está conceituado segundo a cronologia, ou seja, idade gestacional em semanas, sendo esta inferior ao que ocorre no parto a termo (REZENDE, 2002). O parto prematuro ou pré-termo é definido como aquele que ocorre antes de 37 semanas, ou 259 dias de gestação, podendo comprometer a vida da gestante e do recém-nascido (CUNNINGHAM *et al.*, 2001). De acordo com Moutquin (2003), o parto prematuro pode ser estratificado em três categorias: leve (entre 32 e 36 semanas de gestação), moderado (28 a 31 semanas) e severo (abaixo de 28 semanas).

A prematuridade é considerada como um grave problema de saúde pública por apresentar risco de vida à gestante e ao recém-nascido, resultando em sérias complicações que perduram por toda a vida da criança, podendo ocorrer dificuldades de aprendizagem, surdez, cegueira, paralisia cerebral e atraso no desenvolvimento intelectual. A prematuridade é responsável por 50% de todo dano neurológico infantil (MORRISON; RENNIE, 1997; LOCKWOOD; KUCZYNSKI, 1998; FLYNN; HELWING; MEURER, 1999), consistindo na principal causa de morbimortalidade perinatal, tanto nos países industrializados quanto nos em desenvolvimento, e nestes a taxa de prevalência chega a 70% (GIBBS *et al.*, 1992; YOST; COX, 2000; MOUTQUIM, 2003; OAKESHOTT *et al.*, 2004).

De acordo com Rezende (2002), existe uma grande incidência de partos prematuros nos países em subdesenvolvimento, próximo a 15%. No entanto, nos países desenvolvidos essa incidência oscila entre 4 e 10 %. Independente do nível de desenvolvimento do país, estabelecer as causas do parto prematuro não é tarefa fácil, por apresentarem-se como multifatoriais, no entanto, pode-se caracterizar as possíveis situações desencadeadoras, como anemia, gestações múltiplas, sangramento materno, baixo nível sócio-econômico, cuidados pré-natais inadequados (NETTINA, 2003).

São várias as complicações a se desenvolverem devido à prematuridade. Em consequência disso, o índice de mortalidade mostra-se altíssimo, principalmente nos casos de negligência da gestante durante o pré-natal e mulheres com gravidez de alto risco. No caso de sobrevivência, as seqüelas podem ser marcantes na vida da criança. Problemas neurológicos e outros são resultados de um parto ocorrido antes que órgãos fundamentais terminassem o seu desenvolvimento (REZENDE, 2002). Ressalte-se que, nos casos de partos prematuros a criança não atingiu ainda o crescimento e desenvolvimento favoráveis à adaptação descomplicada à vida extra-uterina. Em consequência disso, sua perspectiva de sobrevivência ou de boa saúde pode ficar seriamente comprometida (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Nesse contexto, foram citados alguns riscos que podem desencadear um parto prematuro como: anemia, sangramentos maternos, acompanhamentos pré-natais inadequados, dentre outros fatores. Por tudo isso, teme-se a prematuridade, e o grande desafio é procurar saber o porquê de não prevenir esse problema, antes que se torne uma grande complicação neonatal. Ressalte-

se que é importante o conhecimento acerca das causas e dos efeitos do parto prematuro, pois a partir do mesmo podem-se identificar futuros casos precocemente, vindo assim a evitar problemas maiores.

Diante do exposto, esta pesquisa tem como objetivos avaliar a percepção das gestantes que compõem o grupo amostral sobre o parto prematuro, visando trazer informações e dados consistentes acerca deste agravo que possivelmente contribuirão para novos estudos epidemiológicos; traçar o perfil sócio-demográfico da amostra, associar as doenças sistêmicas e hábitos deletérios no período de gestação ao parto prematuro; e discutir os achados com foco na assistência de enfermagem durante a gravidez, para prevenção do parto prematuro.

FATORES DE RISCO PARA O PARTO PREMATURO

Dentre os fatores de risco para o parto prematuro, os mais citados e aceitos, conforme a literatura revisada foram os fatores relacionados a hábitos de vida como alcoolismo, tabagismo, uso de drogas, desnutrição, condições sócio-econômicas e culturais, e as intercorrências gestacionais como gravidez gemelar, rotura prematura das membranas, infecção do trato urinário e doenças sistêmicas (REZENDE, 2002).

Durante os estágios da gestação, desde sua implantação até o nascimento podem ocorrer dificuldades que levem à diminuição da fecundidade. Para Rezende (2002) hábitos inadequados durante o período gestacional contribuem para o crescimento intra-uterino restrito, para o parto prematuro, para os recém-nascidos de baixo peso e para outras complicações perinatais.

O pré-natal constitui o espaço ideal para o acompanhamento da gestação, vigiando, prevenindo e controlando possíveis riscos. Assim, durante a gravidez é importante reconhecer as gestantes que ingerem álcool moderada ou exageradamente, por exemplo, posto que a determinação de doses seguras não provoque alterações no desenvolvimento gestacional, sendo, no entanto, antiético expor gestantes a doses variadas de álcool para testar seu efeito (PASSINI JÚNIOR, 2005).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELACIONADA AO PARTO PREMATURO

Durante a gestação devem-se desenvolver ações educativas voltadas para a manutenção da saúde, podendo ser individuais como nos casos de atendimento domiciliar, mas nas situações de acompanhamento pré-natal nas unidades básicas de saúde, o enfermeiro deve considerar o desenvolvimento de orientações em grupo por facilitar a troca de experiências. Temas variados podem ser abordados nessas ocasiões, como exemplo, atividade sexual que pode ser mantida durante a gravidez, exceto na presença de sangramento vaginal. Particularmente em mulheres com história de abortamento anterior, ameaça de parto prematuro e, múltiparas com colo permeável, pois essa permeabilidade favorece a rotura das membranas (BRASIL, 2001).

Segundo Bitta (2001), é imprescindível a excelência de qualidade da assistência no pré-natal como um todo, procurando diagnosticar casos de risco como parto prematuro, mas também,

propiciar melhores condições de nascimento. Para Vieira e Rossi (2000), quando a assistência é planejada, levantando dados, identificando problemas de forma individualizada, considerando a família como núcleo especial, é possível o profissional de enfermagem se instrumentalizar para auxiliar a família a transpor esse momento de crise. Assim a família pode sentir-se como parte integrante desse mundo onde está seu filho e ser motivada a participar efetivamente do mesmo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória descritiva que se utiliza dos recursos técnicos de abordagem quantiqualitativa. A sua aplicação se deu na Unidade de Saúde da Família Sebastiana Xavier, situada no bairro Bivar Olinto, município de Patos-PB, no período de setembro a outubro de 2008.

A população foi delimitada a 29 gestantes cadastradas e acompanhadas no serviço de pré-natal da referida unidade. A amostra foi constituída por 10 gestantes, obedecendo ao critério de aceitação voluntária de participação na pesquisa.

O instrumento para coleta de dados foi um questionário previamente elaborado composto por perguntas objetivas e subjetivas, não indutivas, os quais foram respondidos em um único encontro com as participantes, no dia da consulta pré-natal. Os questionários foram aplicados na própria unidade, sendo os próprios pesquisadores responsáveis pelos cuidados precisos de preparar um ambiente adequado para evitar interferências na coleta.

As gestantes participantes do estudo ficaram cientes dos objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, quando tiveram a garantia da liberdade de participação na pesquisa e do anonimato, quanto às informações prestadas. Os resultados da pesquisa de campo foram analisados obedecendo à sistematização das respostas encontradas nos questionários. Os dados quantitativos apresentados em tabelas, figuras e quadros e, analisados à luz da literatura pertinente. Os achados qualitativos foram analisados mediante a técnica de análise de discurso do sujeito coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

A realização desta pesquisa aconteceu após a formalização através de ofício encaminhado pela coordenação do curso bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP) à Secretaria de Saúde do município de Patos-PB, que após sua autorização e aprovação pelo comitê de ética das FIP, através da emissão do parecer de protocolo n° 0016/2008, realizou-se a coleta dos dados, respeitando os trâmites legais e éticos de acordo com a Resolução n° 196/ 1996 de pesquisas com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após analisados, os dados colhidos foram distribuídos em gráficos e tabelas encontrando-se os seguintes resultados:

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos indivíduos

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	F	%
Faixa Etária	18-21	04	40
	22-25	02	20
	26-29	02	20
	30-33	02	20
Renda Familiar	Um salário mínimo	03	30
	Mais de um salário mínimo	03	30
	Menos de um salário mínimo	04	40
Escolaridade	Analfabeta	00	00
	E. F. Completo	03	30
	E. F. Incompleto	02	20
	E. M. Completo	02	20
	E. M. Incompleto	02	20
	E. S. Completo	00	00
Ocupação	E. S. Incompleto	01	10
	Do lar	07	70
	Doméstica	01	10
	Comerciante	01	10
	Estudante	01	10

De acordo com a tabela 1, pôde-se observar que do grupo de gestantes participantes prevaleceu a faixa etária que vai dos 18 a 33 anos. Notou-se que o percentual mais elevado corresponde às mais jovens, e mesmo estando em consonância com Barros (2006), o qual afirma que gestação em mulheres com idade inferior a 15 e superior a 35 anos aumenta a incidência de aborto, partos prematuros e malformações, as mesmas não se enquadram nesse perfil.

Os dados apresentados com relação à idade mostram que as gestantes não entram na faixa etária de risco para gestação, condizendo com o que preconiza o Ministério da Saúde do Brasil, que refere a idade inferior a 17 anos e superior a 35 consideradas fatores de risco para a gravidez (BRASIL, 2000).

Viu-se ainda uma maioria das gestantes com renda familiar mensal inferior a um salário mínimo, fato este indutor de consequências psicológicas para mãe e familiares, bem como para o feto, pois influi na aquisição de alimentos, interferindo na boa alimentação e nutrição materno-fetal. Pobreza, miséria, ignorância, analfabetismo são parceiros constantes da alimentação deficiente, precários cuidados de higiene, maior frequência de infecções genitais, ausência de cuidados gerais com a saúde. Todos esses fatores contribuem para o parto prematuro, sendo que os menos favorecidos financeiramente são mais susceptíveis (REZENDE, 2002).

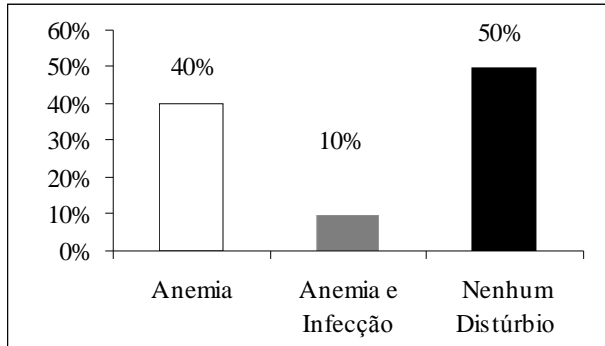
Um dado relevante está relacionado com escolaridade, pois das dez gestantes participantes do estudo apenas três têm o fundamental completo e duas incompleto, fato este preocupante, pois a baixa escolaridade é um fator de risco para a gravidez (BRASIL, 2000) e, positivamente não houve registro de nenhuma gestante analfabeta.

Quanto à ocupação, em sua maioria, essas mulheres desempenham atividades do lar por não serem qualificadas profissionalmente, o que levanta uma falsa crença de que tais serviços não acarretam sobrecarga física e emocional (TEDESCO, 2002). A mulher que não trabalha fora tem sob sua responsabilidade os afazeres domésticos, trabalha em tempo

integral sem direito a descanso semanal e muito menos a férias, além de dispor de pouco tempo para ir a um serviço de saúde e realizar exames rotineiros.

Analisando-se os resultados obtidos, notou-se que algumas gestantes além de anemia, apresentaram infecção do trato urinário (ITU), como se vê na figura 1.

Figura 1 - Distribuição da amostra de acordo com a presença de distúrbios na gravidez.



Estima-se que aproximadamente 50% das gestantes no mundo tenham anemia por deficiência de ferro, principalmente nos países em desenvolvimento, fato este que se comprova junto à população aqui estudada pelos dados da figura 1. Entre as consequências da anemia no período gestatório destacam-se, o risco de parto prematuro, atraso no desenvolvimento do lactente, aumento da morbidade e mortalidade materna (LOPES *et al.*, 2006).

Além da anemia, verificou-se a presença da ITU, a qual representa uma das doenças infecciosas mais comuns durante a gestação, com frequência de 5 a 10%, devido às transformações anatômicas e fisiológicas que ocorrem no trato urinário, facilitando o desenvolvimento de infecções sintomáticas em mulheres que na maioria das vezes já apresentam bactérias no momento da concepção. Dentre as complicações causadas por esta problemática destacam-se o trabalho prematuro do parto, ruptura prematura das membranas amnióticas, restrição de crescimento intra-uterino e óbito perinatal (LIMA; ARAÚJO; LACERDA, 2008).

70% das participantes do estudo já tinham engravidado mais de uma vez, enquanto que 30% são primigestas. Ressalte-se que nas múltiparas o principal fator de risco para o parto prematuro é sua existência em partos anteriores (REZENDE, 2002). Contudo, há uma vertente que afirma não ser o evento engravidar mais de uma vez um fator de risco para a prematuridade, desde que essa mãe esteja em nível sócio-econômico favorável, não ultrapassando três gravidezes, e que as mesmas não ocorram em intervalos curtos de tempo (CAMBOIN, 2007).

Em relação aos fatores nutricionais, foi constatado que todas as participantes alimentam-se adequadamente, sendo este um dado importante, pois a boa alimentação é essencial para uma gravidez saudável. A gestante necessita de uma dieta que contenha equilíbrio entre todos os grupos alimentares, inclusive vitaminas e minerais (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Toda a amostra não faz uso de hábitos deletérios, como o tabagismo, o que é positivo, pois a gestante fumante é mais

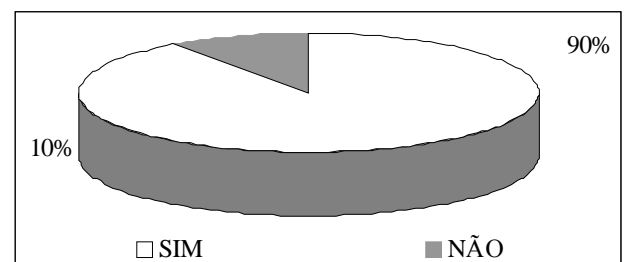
propícia a agentes infecciosos tais como, causadores das vaginoses e corioamnionite, devido a influencia do tabaco no sistema imunológico (TAKENO *et al.*, 2007). Não só esse hábito, mas todos os comportamentos da mulher antes e durante a gestação repercutem no desenvolvimento do feto, no tempo de gravidez e na qualidade de vida do recém-nascido. Quando inadequados contribuem para o crescimento intra-uterino restrito, prematuridade, baixo peso ao nascer e outras complicações perinatais (REZENDE, 2002). Na mulher, tais hábitos, como o tabagismo, contribuem para o desenvolvimento de complicações respiratórias e histórico de parto prematuro (KUCZKOSKI, 2004).

Outro hábito deletério é o consumo de álcool entre as gestantes, o qual se verificou em 10% das participantes deste estudo, fenômeno que tem aumentado entre as mulheres. Seus efeitos específicos na gravidez têm sido amplamente estudados, evidenciando os riscos tanto para a saúde materna como fetal (PASSINI JÚNIOR, 2005). Dentre as complicações desse hábito identificam-se o deslocamento prematuro da placenta e a prematuridade (FIORENTIN, VARGAS, 2006).

Outro importante fator é o uso de drogas ilícitas na gestação, o que não se verificou entre as entrevistadas, ou houve por parte das mesmas uma negação, o que é comum entre pessoas com histórico de uso de drogas. De acordo com a Literatura revisada, cerca de 10 a 15% das mulheres de um modo geral fazem uso de drogas ilícitas na gravidez (REZENDE, 2002) e, seu uso associa-se ao aumento de risco para a prematuridade, ao crescimento intra-uterino restrito, morte fetal, ligeiro aumento de anomalias fetais e síndrome do alcoolismo fetal.

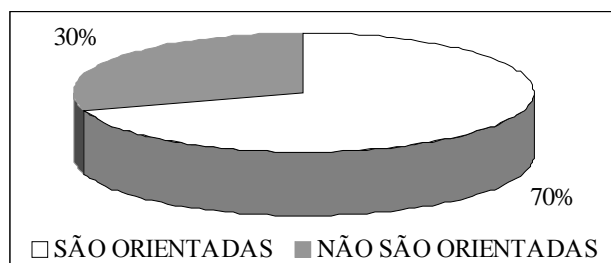
Quanto ao acompanhamento pré-natal, vê-se uma boa frequência, como mostra a figura 2, sendo essa assistência precocemente realizada e continuada ao longo da gestação um fator importante para a prevenção do parto prematuro.

Figura 2 - Distribuição da amostra quanto ao acompanhamento pré-natal.



O principal objetivo do pré-natal é assegurar, da melhor forma possível, uma gestação isenta de complicações e o nascimento de uma criança saudável (ZUGAIB; RUCCO, 2005), objetivo este que deveria estar sendo concretizado, de acordo com os dados apresentados. Contudo, como indica a figura 3, a amostra afirma que não são orientadas durante a consulta pré-natal, quanto aos riscos que podem provocar um parto prematuro.

Figura 3 - Distribuição da amostra quanto ao recebimento de orientações pelos profissionais de saúde durante a consulta pré-natal.



De acordo com os dados da figura anterior (figura 3), evidencia-se que o acompanhamento das gestantes nas consultas de pré-natal, não contempla orientações sobre os vários fatores que podem ocasionar o parto prematuro. O conhecimento das gestantes depende, rotineiramente, das orientações dos profissionais de saúde durante a consulta pré-natal. Com uma boa assistência, a mãe é mantida no melhor estado geral de saúde possível e, condições anormais são detectadas e tratadas tão logo aparecem. Isso ajudará a mãe e o bebê a chegarem bem ao final da gestação (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Quando indagadas a respeito de seu conhecimento sobre a prematuridade, surgiram idéias conforme aparecem no discurso do sujeito coletivo (DSC) a seguir, evidenciando-se que as mesmas possuem conhecimento sobre o tema abordado, isso as torna mais conscientes para tomar os cuidados necessários para a não ocorrência da prematuridade.

Idéia central 1: Conhecimento das gestantes sobre o parto prematuro.

Discurso do sujeito coletivo 1

“... não sei dizer o que é... quando o bebê nasce antes de nove meses... ou antes de sete meses... a criança nasce antes do tempo, ou seja, a idade gestacional é antecipadamente inadequada...”

A prematuridade inclui todo recém-nascido vivo com menos de 37 semanas completas de gestação, consideradas a partir do primeiro dia da última data de menstruação. A incidência é variável e depende de características populacionais, sendo assim tais gestantes demonstram conhecimento sobre a temática, como se evidencia no DSC 1 (RADES; BITTAR; ZUGAIB, 2004). Percebe-se também, pelo DSC 2, que algumas gestantes citam os fatores de risco que influenciam na prematuridade, isso mostra o esclarecimento delas quanto ao assunto, o que facilita a prevenção.

Idéia central 2: Entendimento das gestantes acerca dos fatores de risco que levam à prematuridade.

Discurso do sujeito coletivo 2

“... usar drogas, cigarro, consumir bebida alcoólica...”
“doenças como hipertensão, infecções urinárias, pegar peso, tomar remédio sem orientação do médico...”

Assim como este, outros estudos têm apontado fatores de risco para a prematuridade, a citar os fatores sócio-

demográficos, gestantes em idade avançada ou precoce, grau de pobreza, processos patológicos e hábitos deletérios, no entanto, apontam que tais fatores respondem apenas por uma parte do nascimento prematuro (cerca de 30%), levando a pesquisa dos fatores de risco para prematuridade na direção dos aspectos sociais (ANDREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006).

Conforme o DSC 3, que se apresenta a seguir, a maior parte das gestantes identificaram os riscos que acometem um recém-nascido prematuro, como problemas respiratórios, neurológicos e até o óbito.

Idéia central 3: Conhecimento das gestantes sobre os riscos que acometem o recém-nascido prematuro.

Discurso do sujeito coletivo 3

“... pode nascer com falta de ar, problemas de respiração...”
“...” o bebê “pode morrer, pode ter problema mental...”

Apesar da sobrevida ter melhorado nos últimos anos para os prematuros, a prematuridade é a principal causa de mortalidade neonatal, sendo esta responsável por 75% das mortes neonatais, distúrbios respiratórios e neurológicos (RADES; BITTAR; ZUGAIB, 2004).

CONCLUSÕES

A maioria das gestantes mostrou ter conhecimento sobre o tema, apresentando os conceitos inerentes de acordo com seus entendimentos. Essas gestantes são assíduas às consultas no pré-natal, contudo apresentam patologias decorrentes da gravidez, como anemia e infecções urinárias, fato este de significativo valor para o desempenho assistencial do enfermeiro, que pode contribuir substancialmente na prevenção do parto prematuro, conseqüentemente, na redução dos índices de mortalidade materna e perinatal.

De maneira geral, a pesquisa ofereceu subsídios à reflexão, assim como para ampliar os conhecimentos acerca do tema abordado, contribuindo desta forma, para uma discussão sobre a importância de saber identificar o risco do parto prematuro e, as melhores formas de prevenção.

Diante disto, fica também evidente a importância da assistência de enfermagem no que se refere à promoção de saúde, fato que concretamente mostra-se carente, visto que a consulta pré-natal e o planejamento familiar devem ser oportunidades para se realizar educação em saúde de forma que se garanta a sua continuidade e efetivação das orientações.

R E F E R Ê N C I A S

- ANDREANI, G.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 115-126, jul./dez. 2006.
- BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico puerperal**. Barueri: Mande, 2006.
- BITTA, R. E. O. Que fazer para evitar a prematuridade? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 1, jan./mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n1/a18v47n1.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 196**. Concerne sobre pesquisas com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. Manual técnico. Brasília, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CAMBOIN, F. E. F. **Percepção da gestante sobre a consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro no PSF**. Monografia. Acervo biblioteca central das Faculdades Integradas de Patos - PB. 2007.
- CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Williams obstetrics**. New York: McGraw-Hill, 2001.
- FIORENTIN, C. F.; VARGAS, D. O uso de álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v2n2/v2n2a06.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2008.
- FLYNN, C. A.; HELWING, A. L.; MEURER, L. Bacterial vaginosis in pregnancy and the risk of prematurity: a meta-analysis. **Jornal Famile Practice**, v. 48, n. 11, 1999.
- GIBBS, R. S. *et al.* A review of premature birth and subclinical infection. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 166, n. 5, 1992.
- KUCZKOSKI, K. M. Tabagismo durante a gravidez: um problema maior do que se imagina. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 1, jan./fev. 2004.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
- LIMA, K. C. G.; ARAÚJO, E. C.; LACERDA, A. C. T. Conhecimento das gestantes adolescentes sobre o trabalho de parto prematuro e os riscos à saúde do feto. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 2, n. 1, p. 47-54, 2008. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/405/398>>. Acesso em: 6 ago. 2008.
- LOCKWOOD, C.; KUCZYNSKI, E. Markers of preterm delivery risk. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 12, 1998.
- LOPES, R. E. *et al.* Prevalência de anemia e hipovitaminose A em puérperas do Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueiredo (IMIP): um estudo piloto. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, suppl. 1, maio 2006.
- LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- MORRISON, J. J.; RENNIE, J. M. Clinical, scientific and ethical aspects of fetal and neonatal care at extremely preterm periods of gestation. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 104, n. 12, 1997.
- MOUTQUIM, J. M. Classification and heterogeneity of preterm birth. **BJOG**, v. 110, suppl. 20, 2003.
- NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- OAKESHOTT, P. *et al.* Bacterial vaginosis and preterm birth: a prospective community-based cohort study. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 54, n. 499, 2004.
- PASSINI JÚNIOR, R. Consumo de álcool durante a gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 7, jun. 2005.
- RADES, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 8, set. 2004.
- REZENDE, J. **Obstetrícia fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TAKENO, M. A. *et al.* Efeitos do consumo de cigarro durante a gravidez na morfologia e função placentária e nas funções perinatais. **Revista Femina**, v. 35, n. 2, fev. 2007.
- TEDESCO, J. J. **A grávida: suas indagações e dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 2002.
- VIEIRA, C. S.; ROSSI, L. A. Os diagnósticos de enfermagem da taxonomia na nanda em mulheres com filhos prematuros em hospitais e o sistema conceitual de King. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, dez. 2000.
- YOST, N. P.; COX, S. M. Infection and preterm labor. **Clinical Obstetrics & Gynecology**, v. 43, n. 4, 2000.
- ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.
- ZUGAIB, M.; RUCCO, R. **Pré-natal: clínica obstétrica da faculdade de medicina da USP**. São Paulo: Atheneu, 2005.

Data de recebimento para publicação: 13.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 08.04.2013.

Percepção de Enfermeiros sobre Papilomavirus Humano em Unidades Básicas de Saúde

Perception of Nurses of Human Papillomavirus in Basic Health Units

Lamarta Salomé da Silveira Medeiros¹

Geane Gadelha de Oliveira²

Jailson Alberto Rodrigues³

Kilmara Melo Oliveira Sousa⁴

RESUMO: Realizou-se um estudo com a finalidade de identificar o nível de conhecimento das enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde de um município do sertão paraibano sobre o HPV. Este foi do tipo descritivo com abordagem quantitativa. O local de estudo foi nas Unidades de Saúde da Família, localizada na cidade de Santa Luzia-PB. A população foi constituída por 06 enfermeiras que trabalham nas Unidades de Saúde da Família. Para a coleta dos dados foi utilizada aplicação de questionário. Assim notou-se que 100% das participantes tem conhecimento que o HPV é uma infecção sexualmente transmissível que infectam principalmente as áreas genitais de homens e mulheres muito relacionados com o câncer do colo do útero. Em relação às medidas de prevenção 83,33% citam que a principal forma seria através do uso do preservativo, com relação às orientações oferecidas a população apenas 33,33% enfatizam a importância do exame citopatológico, como também a diminuição do número de parceiros e a higiene íntima adequada. É importante conscientizar a população da magnitude desta infecção, da necessidade de se realizar os exames preventivos anualmente em ambos os sexos como também a utilização da camisinha durante as relações sexuais por auxiliar na redução da transmissão pelo HPV e de outras infecções sexualmente transmissíveis.

UNITERMOS: Conhecimento. Enfermeiros. Papilomavirus Humano.

ABSTRACT: Thus, it was conducted a study that aimed at identifying the nurses' level of knowledge about HPV in a Basic Healthcare Unit from a town in the sertão zone in the state of Paraíba. It was a descriptive study which employed a quantitative approach. The study sites were the Family Healthcare Units located in the town of Santa Luzia, PB. The population comprised 06 nurses that work in the Healthcare Units. The instrument for data collection was a survey. Then, it was noticed that 100% of the participants were fully aware that HPV is a sexually transmitted infection that especially affects the genital areas of men and women and it is closely linked to cervical cancer. Regarding any preventive measures, 83.3% declared that the main way would be the use of a condom; as for patient counseling, only 33.33% emphasized the importance of the Pap smear exam, as well as the cutting down on the number of sexual partners and adequate intimate hygiene. It is important to advise the population about the magnitude of this infection, the need for having annual preventive examinations for both sexes, and also the use of condom during intercourse to help decreasing the transmission of HPV and other sexually transmitted infections.

KEYWORDS: Knowledge. Nurses. Human Papillomavirus.

1. Discente do 9º período do curso de bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Rua. Bom Jesus, Bairro: Centro, nº 52, CEP: 58640-000, Junco do Seridó-PB, Brasil. E-mail: lamarthasalome@hotmail.com.

2. Enfermeira especialista, docente do curso de bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

3. Mestrando do programa de pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

4. Enfermeira especialista, docente do curso de bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de maior incidência e prevalência. É um agente infeccioso que se manifesta através de lesões conhecidas como condiloma acuminado ou crista de galo, que pode manifestar-se em ambos os sexos. Tem crescimento limitado e com frequência regride espontaneamente. Cabendo ao profissional enfermeiro o papel de criar ações que contribuam para diminuição dos agravos a saúde desta população.

Existem aproximadamente mais de 200 tipos de HPV, e destes, aproximadamente 40 podem afetar a mucosa genital através do contato sexual. A classificação deste vírus se dá através de seu potencial oncogênico, podendo ser classificados como de alto risco, possível alto risco, indeterminado e baixo risco para câncer cervical. Para Cartucho (2009), os denominados de alto risco são os genótipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82. Os possíveis alto risco são os tipos 26, 53 e 66; os de baixo risco oncogênico são os tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81. E os tipos 34, 57, e 83 são indeterminados.

Sabe-se que, na maioria dos casos, a infecção pelo vírus do HPV ocorre através do contato sexual, podendo ocorrer por fômites (objetos de uso pessoal, aparelhos médicos, objetos sexuais, dentre outros), desde que haja secreção com vírus vivo e o contato com uma pele ou mucosa não íntegra. Já a contaminação materno-fetal se dá por meio do líquido amniótico ou durante o trabalho de parto. Além disso, a lesão na cavidade oral pode se originar de uma relação sexual oral ou contaminação salivar (BUOSI; OLIVEIRA; COSTANETO, 2007).

A infecção pelo HPV é causa necessária, mas não suficiente para a ocorrência do câncer do colo do útero, existindo a coexistência de outros fatores como o genótipo, carga viral, persistência e integração ao DNA do hospedeiro, multiparidade, número de parceiros, antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis (BRANDÃO; LACERDA; XIMENES, 2010).

A infecção pelo HPV pode se manifestar na forma clínica, subclínica ou latente. A forma Clínica é a mais facilmente detectada, por ser visível a olho nu e se localizar em áreas úmidas, especialmente nas expostas ao atrito sexual. A subclínica é identificada com auxílio de instrumentos óticos especiais como o colposcópico, após aplicação de ácido acético a 5% no canal vaginal e colo uterino. Já a forma latente é diagnosticada através da identificação do DNA viral, não havendo formas de lesões (QUEIROZ; CANO, ZAIA, 2007).

A maioria das mulheres infectadas apresentam a forma latente ou subclínica da doença, o que dificulta o diagnóstico e, conseqüentemente, favorece a transmissão. Estima-se que cerca de 75% das pessoas sexualmente ativas estejam expostas ao vírus do HPV em algum momento da vida. No entanto, a grande maioria destas infecções é eliminada pelo sistema imune não desenvolvendo sintomas no hospedeiro (QUEIROZ; CANO; ZAIA, 2007).

O interesse nessa temática surgiu devido o vírus do HPV constituir um grande problema de saúde pública no Brasil, apesar dos constantes esforços do Ministério da Saúde no aprimoramento e na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, faz-se necessário abordar se os profissionais de

enfermagem que estão diretamente vinculados aos programas de saúde da família estão capacitados para orientar esta população em relação à magnitude desse vírus por acometer principalmente pessoas que possuem baixo nível sócio econômico e que iniciam sua atividade sexual precocemente, cabendo aos profissionais de enfermagem criar ações de promoção e prevenção à saúde da mulher.

Em virtude disso, surgiu a necessidade de identificar o conhecimento dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de um município do sertão paraibano sobre o HPV. Para tanto, objetivou-se identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de um município do sertão paraibano sobre o HPV.

METODOLOGIA

Optou-se por um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. O local de estudo foi nas Unidades de Saúde da Família, localizada na cidade de Santa Luzia-PB. A cidade de Santa Luzia esta situada no rebordo ocidental do Planalto da Borborema, a 228, 365 km da capital João Pessoa. Incluída na área geográfica do semiárido brasileiro caracterizando-se por apresentar grande irregularidade no seu regime pluviométrico. Sua população, de acordo com a estimativa do IBGE (2010) é de 14.773 mil habitantes.

A população foi constituída por 06 enfermeiros que trabalham nas Unidades de Saúde da Família na cidade de Santa Luzia. Desta maneira, a amostra foi constituída pelas 06 enfermeiras o que representa 100% da população. Segundo os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, foram incluídas respectivamente: as enfermeiras das Unidades de saúde da família que trabalham no município de Santa Luzia. Foram excluídas da pesquisa as pessoas que não aceitaram participar da pesquisa. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista constituído por questões objetivas e subjetivas, dividido em duas partes: a primeira, referente ao perfil sóciodemográfico, e a segunda fase, relacionado aos demais objetivos propostos do estudo.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos (FIP), os dados foram coletados pela pesquisadora responsável nas residências dos participantes, com agendamento prévio em um ambiente apropriado, onde levou em média de 15 a 30 minutos, após as participantes serem informadas sobre o teor da pesquisa e aceitarem participar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados foi através de estatística descritiva, com base nas respostas dadas foram agrupados e apresentados em forma de tabelas e quadros em seguida discutidos e analisados com respaldo na literatura pertinente.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos e, após ser aprovada, a pesquisa foi realizada obedecendo aos critérios éticos preconizados na Resolução nº. 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), especificamente o artigo III, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo assim, o anonimato, a privacidade e o direito à desistência em qualquer

etapa da pesquisa sem sofrer dano algum, e a garantia de que irão passar por mínimos riscos de constrangimentos éticos ou morais durante a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Distribuição das enfermeiras segundo características sócio-demográficas, Santa Luzia-PB, 2012. N= 06.

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	F	%
Sexo	Masculino	00	0,00
	Feminino	06	100
Faixa Etária	24 a 29 anos	03	50
	36 a 41 anos	02	33,33
	> 42 anos	01	16,67
Anos de atuação na Unidade da Saúde da Família	01 a 02 anos	03	50
	05 a 06 anos	02	16,67
	> 06 anos	01	33,33
Especialização em Saúde Pública	Sim	03	50
	Não	03	50
TOTAL		06	100

Fonte: Base de dados do estudo.

A amostra foi constituída por 06 enfermeiras o que mostra que a enfermagem ainda continua sendo uma profissão escolhida e exercida mais predominantemente pela classe feminina.

A predominância do sexo feminino na enfermagem deve-se ao modelo *lightingaleano* implantado no Brasil no século XX no qual o ingresso a esta profissão estava aberto apenas às mulheres cultas e de boa família. Essas medidas foram adotadas como forma de tentar apagar o período de decadência da enfermagem onde as pessoas religiosas (católicas) foram expulsas dos hospitais e a prática do cuidar passou a ser oferecido por pessoas tidas pela sociedade como imorais (PEREIRA; MEYER, 2008).

Quanto à faixa etária das entrevistadas, observa-se um predomínio dos profissionais com idade entre 24 e 29 anos representando 50% (03) dos entrevistados. Observando-se um público mais jovem que poderão criar novas ideias para melhoria da saúde da população.

De acordo com os dados obtidos na Comissão de BusinessIntelligence (2011), os profissionais de enfermagem concentram-se na faixa etária de 26 a 55 anos, sendo que a grande maioria está na faixa de 26 a 35 anos, a qual representa 35,98% do total dos profissionais de enfermagem do Brasil.

De acordo com o tempo de atuação nas Unidades de Saúde da Família o grupo pesquisado encontrava-se na faixa de 1 a 2 anos representando 50% (03) dos entrevistados. Observando-se um predomínio dos profissionais recém-formados. Para Ramos et al., (2009), o maior tempo de atuação dentro de uma determinada área de abrangência de estratégia de saúde da família (ESF) favorece a possibilidade de vivenciar diversas experiências na profissão e auxilia na formação de vínculo entre a equipe e o usuário podendo refletir em melhores resultados dos indicadores de saúde.

Em relação ao grau de formação destes profissionais, nota-se que 50% (03) destas enfermeiras possuem especialização voltada para saúde pública o que mostra que esses profissionais

têm investido mais em qualificação profissional.

A especialização hoje se impõe e se difunde em todos os países, como consequência da necessidade de aprofundamento do saber, confirmando que se torna impossível proporcionar formação completa e adequada para as carreiras profissionais durante a graduação (KUREBAYASHI; FREITAS, 2007).

Quadro 1 - Caracterização da amostra segundo o conhecimento sobre o que é o HPV e o que ele pode causar no organismo se não tratar. N=06, Santa Luzia-PB.

QUESTIONAMENTO
O que é o HPV e o que ele pode causar no organismo se não tratar?
RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
“... Dependendo do caso pode levar a desenvolver câncer do colo do útero...”. (Margarida; Jasmim; Tulipa).
“Ocorre o surgimento de lesões genitais de alto risco, quando não tratadas são percussoras de tumores malignos que são o câncer do colo do útero e do pênis” (Gardênia).
“Verrugas, lesões no colo do útero e pênis, sangramento, dor nas relações sexuais, câncer do colo do útero, câncer de pênis etc.” (Girassol).
“A consequência mais grave seria o câncer, porém pode haver deformação de vulva e esterilidade...” (Orquídea).

Fonte: Base de dados do estudo.

O quadro 1 mostra que 100% (06) das participantes sabem que o papilomavírus humano é uma doença sexualmente transmissível que acomete homens e mulheres com vida sexual ativa, muito relacionada com o câncer do colo do útero. Além disso, as praticantes têm conhecimento sobre o que HPV pode causar no organismo se não tratar.

O HPV está relacionado a vários tipos de cânceres, tais como: câncer cervical, de ânus, vulva e pênis. Estetem sido associado também a outros tipos cânceres epitelial como de pele, boca, laringe, esôfago, cabeça e pescoço (SANTOS; MAIORAL; HAAS, 2011).

O HPV é um vírus que infecta varias partes do corpo humano, sendo enfatizadas pelas entrevistadas as manifestações clinica voltada apenas para as áreas genitais, de homens e mulheres relacionando a infecção principalmente ao câncer do colo do útero. Apenas uma grande minoria lembra que o homem também faz parte da cadeia epidemiológica do HPV e que esta infecção está diretamente relacionada ao surgimento do câncer de pênis.

Outra manifestação clinica deste vírus são as verrugas genitais que aparecem rotineiramente nas genitálias externas ou próximas ao ânus, embora com menos frequência, também podem aparecer dentro da vagina ou no colo do útero. As verrugas genitais às vezes causam sintomas como ardor, coceira ou corrimento, podendo aparecer semanas ou meses depois do contato com uma pessoa infectada (INCT-HPV, 2012).

O HPV pode desempenhar um importante papel na infertilidade masculina. Tem sido demonstrado que, quando o HPV está presente no sêmen, pode estar associado à diminuição da modalidade dos espermatozoides e ao aborto (AMBROGINI, 2011).

Quadro 2 - Caracterização da amostra segundo a forma de transmissão e as manifestações clínica do HPV.
N=06, Santa Luzia-PB.

QUESTIONAMENTO
Qual a forma de transmissão e as manifestações clínica do HPV?
RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
<p>“A transmissão ocorre “Por via sexual...” (Jasmim; Tulipa; Margarida). Para (Margarida), as manifestações clínica ocorrer com a “Presença de verrugas e manchas acetobranças...”. Mas para (Jasmim; Tulipa; Girassol) estas são “Assintomática ou apresentando verrugas...”.</p> <p>“Transmissão se da pela via sexual ou durante o parto (RN)... (Orquídea; Gardênia)”. Porém para (Gardênia) as manifestações clínica são “Normalmente através de verrugas genitais ou condilomas acuminados, lesões subclínicas e corrimento...”. Sendo que para (Orquídea), ocorre por meio de “... Verruga externa e manchas internas, podendo ainda apresentar sangramento...”.</p> <p>“Através de uso de roupas íntimas de outras pessoas, relações sexuais com mais de um parceiro sem camisinha, e uso de drogas com pessoas contaminadas...” (Girassol).</p>

Fonte: Base de dados do estudo.

Ao se analisar a forma de transmissão do HPV, percebe-se que 100% das entrevistadas tem conhecimento que o HPV é transmitido pelo contato sexual e apresenta-se principalmente de forma assintomática caracterizada apenas pela presença do vírus. Outra manifestação em comum seria a presença das verrugas genitais.

Em relação à fala de uma das entrevistadas pode-se perceber dúvidas em relação aos meios de transmissão do HPV, quando relatado que o vírus pode ser transmitido através do uso de drogas com pessoas contaminadas. Já que de acordo com Melo e Dimech (2011), o vírus do HPV não faz viremia e sua transmissão não ocorre através do sangue, é necessário que ocasione microtraumas, na superfície da pele ou mucosa, para que o vírus possa atingir a camada basal do epitélio e assim causar a infecção.

Segundo Almeida e Dimech (2011), o vírus do HPV é transmitido através do contato com a pele e mucosas de indivíduos infectados por meio de microcortes - comuns em qualquer relação sexual. O problema do HPV é que ele não se instala apenas internamente. Ele pode estar na virilha, nas coxas, ao redor da região genital não precisando haver penetração para ocorrer à transmissão. Outra forma de se adquirir o HPV apesar de mais rara, é através de objetos contaminados (fômites) como toalhas úmidas, roupas íntimas, sabonetes, vasos sanitários, material ginecológicos entre outros.

Outra forma de contaminação pode ser materno-fetal, em que ocorre por contato direto de lesões verrucosas no canal do parto ou por deglutição de sangue ou secreção materna (PEREIRA; MACHADO, 2008). Além disso, pode ocorrer a transmissão por autoinoculação para a área anogenital, sem a necessidade do ato sexual.

A infecção pelo HPV pode manifestar-se de três formas distintas. A forma latente que é caracterizada pela presença do

vírus e não apresenta manifestações clínicas. Outra forma é a subclínica, que também é assintomática ou apresenta sinais inespecíficos como pruridos, ardência e disparemia. Já a forma clínica é caracterizada pela presença de verrugas genitais visíveis a olho nu com aspecto áspero e irregular, podendo aparecer como condiloma acuminado, plano ou gigante (CARTUCHO, 2009).

Quadro 3 - Caracterização da amostra segundo o conhecimento sobre as medidas de prevenção e o diagnóstico do HPV. N=06, Santa Luzia-PB.

QUESTIONAMENTO
Quais as medidas de prevenção e o diagnóstico do HPV?
RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
<p>“Não existe uma medida específica para o HPV. Mas hoje já esta sendo comercializada a vacina...”. E o diagnóstico e feito através da “... Captura hidrica, colposcopia, Papanicolau, olho nu e biópsia” (Girassol).</p> <p>“Uso de preservativos, evitar um número grande de parceiros sexuais...”. “O diagnostico pode ser clinico; genitoscopia, oroscopia, anuscopia etc...” (Gardênia).</p> <p>“... Se guardar da promiscuidade, o uso do preservativo e a vacina...”. Já o diagnóstico “Através do preventivo Papanicolau, principalmente no caso de verrugas” (Tulipa).</p> <p>“Uso do preservativo, higiene, evitar comportamento de risco”. Em relação ao diagnostico esta enfatiza que “às vezes não é fácil de reconhecer mais seria através do Papanicolau, colposcopia e outros...” (Jasmim).</p> <p>“... O uso do preservativo, e a vacina...” (Orquídea, Margarida). Com relação ao diagnóstico (Margarida) enfatiza que este seria “Através do Papanicolau, teste de shiller e a colposcopia...”. Mas para (Orquídea), “... se houver presença de verrugas o diagnóstico é feito a olho nu e confirmado com o citológico e colposcopia com biopsia do local lesionado...”.</p>

Fonte: Base de dados do estudo.

O quadro 3 mostra que 100% (06) das entrevistadas sabem quais as medidas utilizadas para prevenir o HPV, sendo que 83,33% citam que a principal forma de prevenção seria através do uso do preservativo, mas de acordo com Melo e Dimech (2011), a infecção pelo HPV só pode ser efetivamente evitada com a abstinência sexual completa, porque os preservativos não garantem proteção total contra o vírus, podendo ser também transmitidos por atividades sexuais sem penetração.

Outra forma de prevenir a infecção pelo vírus do HPV é a vacina que age estimulando a produção de anticorpos para cada subtipo de HPV. Atualmente no mercado brasileiro existem dois tipos de vacinas. A vacina bivalente induz à formação de anticorpo contra HPV 16 e 18 responsáveis por 70% dos casos de câncer cervical, enquanto que a quadrivalente leva à produção de anticorpo anti- HPV 6, 11, 16 e 18 responsáveis por 90% dos casos de câncer cervical (BRAGAGNOLO; ELI; HAAS, 2010).

Além disso, uma das entrevistadas cita como medidas preventivas para infecção do HPV a diminuição do número de parceiros como também higiene íntima adequada, fazendo-se necessário conhecer todos os fatores que predispõem a infecção do HPV no organismo humano para poder criar medidas

preventivas.

De acordo com Minotto e Pereyra (2009), os fatores de risco relacionado à infecção pelo HPV esta relacionado ao início precoce da atividade sexual, número elevado de parceiros (promiscuidade), baixo nível sócio econômico, sexo feminino, higiene genital deficiente e o uso de métodos anticoncepcionais hormonais orais.

O diagnóstico para detectar o vírus do HPV deve ser feito através da anamnese apropriada que indique o histórico do paciente, in-cluindo informações sobre o número de parceiros sexuais, os tipos de práticas sexuais e doenças sexualmente transmissíveis anteriores. Deve-se realizar também um exame físico e, se necessário, exames complementares para a pesquisa direta do vírus (SANTOS; MAIORAL; HAAS, 2011).

Diversos autores enfatizam que o exame de Papanicolau não identifica o vírus do HPV, mas sim, alterações celulares que sugerem a presença deste vírus. Mas segundo as entrevistadas o exame Papanicolau é o exame que detecta o vírus do HPV.

Em relação à colposcopia 66,67% das entrevistadas refere-se a este exame como sendo o método complementar para o diagnóstico do HPV. Sendo esta declaração confirmada nos estudos de Almeida e Dimech (2011), quando estes relatam que a colposcopia é geralmente recomendada para mulheres que têm um resultado anormal do exame de Papanicolau ou para aquelas que durante o exame ginecológico foi notada alguma alteração, ou quando há uma suspeita de HPV.

Apenas uma das entrevistadas deu ênfase ao exame clínico do paciente, sendo este a avaliação mais importante por identificar os fatores predisponentes para uma possível infecção. Outro fator importante é a citação dos exames de oroscopia, anuscopia e a genitoscopia onde fica bem evidente a investigação do vírus em outras áreas do corpo como também a participação do homem nesta infecção.

Quadro 4 - Caracterização da amostra segundo as orientações sobre o HPV. N=06, Santa Luzia-PB.

QUESTIONAMENTO
Como você orienta os pacientes a respeito do HPV?
RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
<p>“É uma doença sexualmente transmissível, que tem cura se diagnosticado a tempo” (Jasmim).</p> <p>“Incentivando a realização do exame preventivo anualmente, e o uso do preservativo...” (Tulipa).</p> <p>“No planejamento familiar é orientada ao uso de condom, diminuição no número de parceiros e o exame das partes genitais da mesma e do seu parceiro...” (Orquídea).</p> <p>“... Realizar regularmente o citológico, procurar ginecologista, realizar colposcopia...” (Margarida).</p> <p>“Os pacientes são orientados sobre o que é o HPV, quais seus sintomas e as consequências que ela pode causar no organismo quando não tratadas, a importância dos métodos de prevenção: como o uso dos preservativos...” (Gardênia).</p> <p>“Ter relações só com um parceiro, uso de preservativos, não usar toalhas, roupas íntimas de outras pessoas, evitar uso de banheiros públicos, evitar uso de qualquer tipo de drogas ilícitas etc.” (Girassol).</p>

Fonte: Base de dados do estudo.

Em relação às orientações oferecidas a população apenas duas das entrevistas enfatizam a importância de realizar o exame preventivo papanicolau que apesar de não identificar o vírus do HPV, este identifica as alterações causadas pelo vírus no colo do útero.

Além disso, uma das entrevistadas refere orientar a sua clientela em relação à diminuição do número de parceiros, não usar roupas íntima de outras pessoas, fazer o uso da camisinha durante as relações sexuais, evitar o uso de banheiros públicos e evitar o uso de qualquer tipo de drogas ilícitas. Com relação às drogas ilícitas estas podem ser relacionadas com o HPV por causar uma queda na imunidade das pessoas deixando-as mais susceptível a contraírem a infecção.

O controle da transmissão do HPV e o diagnóstico precoce são fundamentais para a prevenção. A população deve receber informações sobre os mecanismos de transmissão e dos riscos da infecção, de forma precisa, porém simplificada, enfatizando-se a necessidade de hábitos sexuais e de higiene adequados, preconizando-se o uso de preservativos e regularidade nas consultas ginecológicas e urológicas preventivas (ALMEIDA; DIMECH, 2011).

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo mostram que as enfermeiras que trabalham nas Unidades de Saúde da família têm conhecimento que o papilomavírus humano (HPV) é uma doença sexualmente transmissível que acomete homens e mulheres, estando associado com vários tipos de câncer no organismo, principalmente o câncer do colo do útero. Em relação à forma de transmissão deste vírus fica bem evidente que a via sexual seria a principal forma podendo ocorrer também através de objetos contaminados com o vírus ou materno fetal.

Quanto às manifestações clínica esta é principalmente assintomática caracterizada apenas pela presença do vírus, ou por meio de verrugas genitais. As medidas de prevenção desta infecção é através do uso do preservativo, higiene íntima adequada e diminuição da promiscuidade.

Desta maneira concluiu-se que os participantes deste estudo demonstram conhecimento suficiente sobre o HPV, e estas enfatizam trabalhar principalmente com as medidas profiláticas para diminuição e perpetuação da doença. Outro ponto que merece um maior destaque é em relação à população de risco para a infecção, pois estas enfocam principalmente as mulheres e deixam a desejar quanto à importância do homem na cadeia epidemiológica desta infecção.

Faz-se necessário planejar medidas educativas que possa chegar a toda a população, pode-se perceber durante os depoimentos que estas ficam limitadas apenas as pessoas que procuram as unidades de saúde da família, muitas destas pessoas principalmente os homens só buscam estes serviços quando já esta com a infecção em estágio avançado. É necessário criar estratégias de saúde que vá ate a população menos desassistida através de palestras, panfletos ou informativos nas emissoras de rádios locais.

Portanto é necessário que se crie medidas de prevenção que possa englobar principalmente o homem pelo fato dele estar

participando não só da primeira infecção da mulher, mas também na reinfecção após o tratamento. É importante conscientizar a população da necessidade de se realizar os exames preventivos anualmente em ambos os sexos como também a diminuição do

numero de parceiros e a utilização da camisinha durante as relações sexuais por auxiliar na redução da transmissão pelo HPV e de outras infecções sexualmente transmissíveis.

R E F E R Ê N C I A S

- ALMEIDA V.C.; DIMECH G.S.; **A INFECÇÃO PELO HPV E A GÊNESE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO** (2011). Monografia de pós-graduação em citologia clínica. Disponível em: <http://www.cceursos.com.br/biblioteca/citologia/09.pdf>. Acesso em 25/03/2011. Acesso em 24/03/2012.
- AMBROGINI, A.; **HPV e infertilidade**. Clínica fecondare, 2011. Acesso em 23/10/2012. Disponível em: file:///D:/Meus%20Arquivos/Documentos/HPV%20II/HPV%20e%20infertilidade%20_%20Fecondare.htm.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde- Comissão ética em Pesquisa**. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRAGAGNOLO, A.L.; ELI, D; HAAS, P.; Papiloma Vírus Humano (HPV), **Rev. RBAC**, 2010, vol. 42, n.2, pp. 91-96. Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_42_02/rbac_42_02_03.pdf. Acesso em 03/10/2012.
- BRANDÃO, V.C.R.A.B.; LACERDA, H.R.; XIMENES, R. A. A.; Frequência de papilomavírus Humano (HPV) e Chlamydia Trachomatis em gestantes, **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, n.19, v.1, p. 43-50, jan/mar 2010. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 10/10/2011.
- BUOSI, L.; OLIVEIRA, L. F. C.; COSTA NETO M. M.; **A abordagem do Parceiro de Mulheres Diagnosticadas com HPV** (2007). Monografia de pós-graduação em saúde da família. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v48n1/a33v48n1.pdf>. Acesso em 10/10/2011.
- CARTUCHO C.F.M., **Papiloma vírus humano avaliação do conhecimento universitário** (2009). Monografia de pós-graduação em análises clínicas e saúde pública. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2778/3/T_12983.pdf. Acesso em 30/08/2012.
- COMISSÃO DE BUSINESS INTELLIGENCE, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**, 2011. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>. Acesso em 23/09/2012.
- FREITAS FILHO, L.A.; DIMECH, G.S. **O exame Papanicolau e o diagnóstico das lesões invasoras do colo e útero** (2011). Monografia de pós-graduação em citologia clínica. Disponível em: <http://www.cceursos.com.br/biblioteca/citologia/19.pdf>. Acesso em 15/03/2012.
- INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DAS DOENÇAS DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO. **Guia do HPV, entenda de vez os papilomavírus, as doenças que causam e o que já é possível fazer para evitá-los**, 2012. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/105325029/Hpv>. Acesso em 12/09/2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso. Acesso em 15/04/2012.
- KUREBAYASHI, L. F. S.; FREITAS, G. F.; **Perfil das enfermeiras de Unidades de Saúde Pública e a prática da acupuntura**. [Dissertação] USP, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.itio.com.br/artigos/PERFIL%20DAS%20ENFERMEIRAS.pdf>. Acesso em 01/09/2012.
- MELO, Y.K.P.; DIMECH, G.S. **Fatores predisponentes e alterações citológicas no câncer do colo do útero** (2011). Monografia de pós-graduação em citologia clínica. Acesso em 20/11/2011. Disponível em: <http://www.cceursos.com.br/biblioteca/citologia/03.pdf>.
- MINOTTO, F. N.; PEREYRA, E. A. G.; **Influencia da infecção genital pelo papilomavírus humano no ciclo de resposta sexual feminino**. [Dissertação], Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-01062009-113015/>. Acesso em 26/09/2012.
- PEREIRA, C.P.M.; MACHADO, L.U.; **Adesão à realização do exame preventivo do câncer do colo uterino, por profissionais de enfermagem de um Hospital de grande porte no Município de Porto Alegre/RS** (2008). Monografia de Conclusão de Curso Bacharel em Enfermagem. Disponível em: <http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia/MonografiaCarlaPereira.pdf>. Acesso em 05/04/2012.
- PEREIRA, P. F.; MEYER, D. E.; **Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional** (2008). Monografia de Conclusão de Curso Bacharel em Enfermagem. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13069/000639229.pdf?sequence=1>. Acesso em 12/08/2012.
- QUEIROZ, A. M. A.; CANO, M. A. T.; ZAIA, E.; O papilomavírus Humano (HPV) em Mulheres Atendidas pelo SUS, na Cidade de Patos de Minas-MG, **Rev. RBAC**, v.39, n.2, p.151-157, 2007. Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_02/rbac_39_2_14.pdf. Acesso em 20/10/2011.
- RAMOS et. al., Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, v.8, (suplem.), p.85-91, 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722/5535>. Acesso em 23/10/2012.
- SANTOS, I. M.; MAIORAL, M. F.; HAAS, P.; Infecção por HPV em homens: importância na transmissão, tratamento e prevenção do vírus. **Rev. Estud. Biol.** V.32/33, n.76-81, p.111-118, jan/dez 2010/2011. Disponível em: www2.pucpr.br/reol/index.php/BS?dd1=5951&dd99=pdf. Acesso em 12/09/2012.

Data de recebimento para publicação: 14.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 08.04.2013.

Prevalência de Hipertensão Arterial em Idosos de Uma Unidade de Saúde da Família

Prevalence of Arterial Hypertension in The Elderly in a Family Health Unit

Mateus Magno Batista Cipriano¹

Kilmara Melo Oliveira²

Geane Gadelha Oliveira³

Maria Jose Cavalcanto de Andrade⁴

RESUMO: A Hipertensão Arterial é um problema de saúde pública com alta prevalência superior a 60% nas quais os fatores de risco e complicações representam grande causa de doenças responsável por altas taxas de morbimortalidade na população. O objetivo do estudo foi identificar a prevalência da hipertensão arterial em idosos de uma Unidade de Saúde da Família da cidade de Patos-PB. O presente estudo caracteriza-se como sendo uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi um questionário estruturado contendo perguntas objetivas, permitindo uma análise em conformidade com objetivos estabelecidos para esta pesquisa. A pesquisa foi realizada com 51 idosos na faixa etária acima de 60 anos. Os resultados apontam que dos entrevistados 64,7%; de acordo com a faixa etária 37,2% tem idades entre 60 a 65anos; quanto a raça 21,7% são pardos; quanto ao grau de escolaridade 70.5% alegam que cursaram o 1º grau; sobre a ocupação 70,5 são aposentados; quanto a prevalência 54,9% dos entrevistados são hipertensos; em relação a hereditariedade 74,5% relatam casos de hipertensão na família; quanto a pratica de atividade física 56,9% não realizam a mesma; 60,8% dos entrevistados tem hábitos alimentares saudáveis; 86,3% dos entrevistados não fazem uso do tabaco; em relação ou consumo de bebidas alcoólicas 84,3% dizem não fazer uso de nenhuma bebida. Desta forma conclui-se que há uma grande prevalência de hipertensão arterial nos idosos participantes deste estudo. É necessário traçarmos medidas de controle e promoção a saúde para diminuirmos os índices de Hipertensão Arterial na população.

UNITERMOS: Hipertensão. Idosos. Prevalência.

ABSTRACT: *The Arterial Hypertension is a public health problem with high prevalence exceeding 60% in which the risk factors and complications represent a major cause of diseases responsible for high rates of morbidity and mortality in the population. The aim of the study was to identify the prevalence of hypertension in an elderly Unity Family Healthcare City Patos - PB. This study characterized as a descriptive and exploratory research with a quantitative approach. The data collection was a structured questionnaire containing objective questions, allowing an analysis in accordance with established objectives for this research. The survey was conducted with 51 elderly aged above 60 years. The results show that 64.7% of respondents; according to age group 37.2% are aged between 60 to 65 years; race as 21.7% are gray; regarding schooling 70.5% claim that attended the first ° degree; 70.5 on occupation are retired; prevalence as 54.9% of respondents are hypertensive, compared to 74.5% heredity report cases of hypertension in the family, as the practice of physical activity 56.9% no perform the same, 60.8% of respondents have healthy eating habits, 86.3% of respondents do not use tobacco; regarding alcohol consumption or 84.3% say they do not make use of any drink. Thus we conclude that there is a high prevalence of hypertension in the elderly study participants. You must trace control measures and health promotion to decrease the rates of Hypertension in the population.*

KEYWORDS: Hypertension. Seniors. Prevalence.

1. Acadêmico do 9º período do curso de Bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Rua Cirilo Lura nº 87, CEP 64640-000, Santo Antonio de Lisboa - PI. Email: mateusmagnob@hotmail.com.

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

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

4. Enfermeira. Mestre. Professora das Faculdades Integradas De Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um problema crônico e comum, com alta prevalência nas quais os fatores de risco e complicações representam grande causa de doenças, responsável por altas taxas de morbimortalidade da população brasileira e de todo o mundo, causando sofrimento pessoal e familiar, e gerando alto custo financeiro e social. (BRASIL, 2005, p.55).

Para Castro, Rolim e Mauricio (2005) a hipertensão arterial (HA) é uma doença crônico-degenerativa, em que controle tem se tornado um desafio para os profissionais, onde seu tratamento exige a participação ativa do hipertenso, onde os mesmo terão que modificar alguns hábitos de vida prejudiciais à saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição de saúde.

Os efeitos prejudiciais da pressão arterial aumentada continuamente à medida que a pressão sobe. Não existe nenhum limiar rigidamente estabelecido de pressão arterial acima do qual o indivíduo é considerado sujeito às complicações da hipertensão e abaixo do qual ele esteja seguro (CONTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

A hipertensão arterial acomete mais de 60% da população formada por pessoas com 60 anos ou mais, havendo maior envolvimento naqueles da etnia negra e do sexo feminino. No Brasil, esse fato se dá de modo bastante acelerado. Em publicação do ano 2000, o Censo mostrou algo em torno de 14,5 milhões de pessoas nessa faixa etária ou acima dela. Com base nesses dados, há projeção para 2025 de população de idosos no país representada por 30 milhões de indivíduos (BORELLI et al., 2008).

A prevalência da HA aumenta de acordo com a idade. É um problema de saúde extremamente comum na população geriátrica, acometendo aproximadamente 65% da população com a faixa etária de 65 a 74 anos. A população negra tem maior prevalência de hipertensão que a branca (38% versus 29%), e os homens mais do as mulheres (33% versus 27%) até os 50 anos de idade, depois é mais comum nas mulheres (GOLDMAN; BENNET, 2001).

Os profissionais de saúde devem diagnosticar e informar que HA é uma patologia e fator de risco para doenças cardiovasculares, traçar um tratamento de acordo com situação econômica do paciente e avaliar os efeitos. Os profissionais de saúde tem um importante papel no controle da pressão arterial, que exige acompanhamento de perto e o estabelecimento das devidas metas para os diferentes pacientes (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

O interesse nessa temática ocorreu da necessidade de aumentar os conhecimentos sobre a hipertensão arterial e sua prevalência em um Município do Sertão Paraibano, para traçar uma melhor assistência por parte dos profissionais de enfermagem visando melhorar a qualidade de vida da população.

Como aluno do curso de enfermagem, tive a oportunidade de constatar, durante estudos sobre hipertensão arterial, os altos níveis de prevalência em idosos hipertensos, que acarretam vários problemas de saúde que pode prejudicar na qualidade de vidas e levar até mesmo a morte. Dessa forma pensei: qual será a prevalência da hipertensão?

A alta prevalência de (HA), é um problema de saúde pública, tendo como importante grupo de risco, os idosos.

Baseado nisto, considera-se essencial a realização de trabalhos de extensão e pesquisa, cujos resultados, irão beneficiar a população acrescentando novas idéias, para desenvolver uma melhor assistência, proporcionando uma melhor qualidade de vida a esse grupo que merece tanta atenção que são os hipertensos. O objetivo geral desse trabalho é identificar a prevalência da hipertensão arterial em idosos em um município do sertão paraibano.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como sendo uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. Essa pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família em um município do Sertão Paraibano.

A população deste estudo foi constituída por 255 hipertensos cadastrados no Programa de Saúde da Família. A amostra por sua vez foi constituída por 20% desses idosos.

O instrumento para coleta de dados foi um questionário estruturado contendo perguntas objetivas, que permitiu uma análise em conformidade com objetivos estabelecidos para esta pesquisa. Os dados foram analisados quantitativamente, sendo realizado a análise estatística dos resultados quantitativos por meio de tabelas e gráficos. A análise dos dados será discutida de acordo com a leitura pertinente sobre o assunto.

ANÁLISES E DISCUSSÕES

Tabela 1 - distribuição da amostra segundo variáveis: sexo, faixa etária, raça, grau de instrução, ocupação.

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	F	%
Sexo	Masculino	33	64,7
	Feminino	18	35,3
Faixa Etária	60 a 65 anos	19	37,2
	66 a 70 anos	05	9,8
	Acima de 70 anos	27	53
Raça	Pardo	11	21,5
	Negro	09	17,7
	Branco	31	60,8
Grau de Instrução	Analfabeto	04	7,9
	1º Grau	36	70,5
	2º Grau	04	7,9
	Superior	07	13,7
Ocupação	Aposentado	360	70,5
	Do lar	9	17,7
	Outros trabalhos	06	11,9
TOTAL		100	100

Observamos na tabela 1 que de um total de 51 idosos pesquisadas 33 (64,7%) são do sexo feminino e 18 (35,3%) são do sexo masculino; 19 (37,2 %) da amostra tem idade entre 60 a 65 anos, 05 (9,8%) idade entre 66 a 70 anos e 27 (53%) tem idade acima de 70 anos sendo a grande maioria; 11 (21,5%) dos entrevistados são parda, 09 (17,7%) são negra e 31 (60,8%) são brancas; 04 (7,9%) são analfabetos, 36 (70,5%) cursaram o 1º grau, 04 (7,9%) tem 2º grau completo e 07 (13,7%) tem superior completo; 36 (70,5%) são aposentados, 09 (17,7%) são do lar e 06 (11,8%) praticam alguma atividade de trabalho.

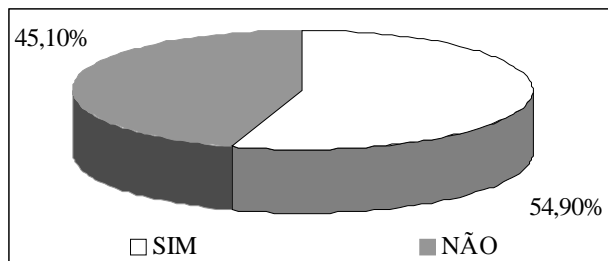
Segundo Lippincott (2008) o gênero e a idade têm papel significativo na população portadora de hipertensão arterial. Antes dos 55 anos de idade, a hipertensão arterial é mais comum em homens do que em mulheres. Entre 55 e 74 anos, as mulheres têm probabilidade um pouco maior que os homens, a serem afetados por hipertensão arterial. Acima de 74 anos a incidência da hipertensão arterial em mulheres é significativamente maior que em homem.

Sabe-se que a incidência de hipertensão arterial em negros é maior que em indivíduos de outras raças e que os índices de mortalidade também são maiores em relação aos brancos. Brasil (2006) descreve que a prevalência e a gravidade de hipertensão arterial em negros são maiores, o que pode estar relacionado aos fatores étnicos e/ou socioeconômico.

Segundo Zaitune (2006), o nível de escolaridade, assim como os outros também é visto como um dos fatores de risco para a hipertensão arterial, justamente porque, essas pessoas menos esclarecidas acabam colaborando para os avanços na epidemiologia cardiovascular uma vez que, não possuem bons hábitos e conhecimentos através de leituras de medidas preventivas e terapêuticas para combater a hipertensão arterial.

De acordo com Tedesco (2002), o rótulo genético de nível sócio-econômico representa a soma de vários fatores como renda familiar, ocupação (trabalho), mostrando que a hipertensão pode-se complicar de acordo com o nível sócio-econômico, que a pessoa ocupa.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra quanto a prevalência de Hipertensão Arterial.



Em relação a prevalência da Hipertensão Arterial na população pesquisada, o gráfico 1, acima, mostra de maneira bem clara o resultado do objetivo principal da minha pesquisa.

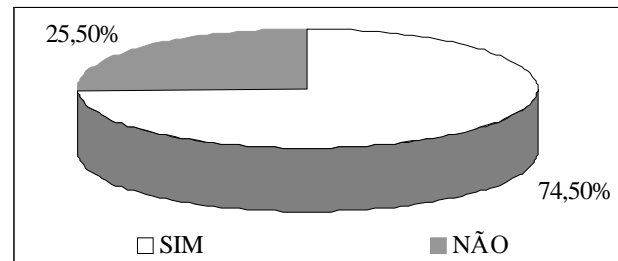
No gráfico observa-se que 54.90% da população investigada é hipertensa, perfazendo um total de 28 sujeitos, e 45.10% não são hipertensos, totalizando 23 sujeitos que não apresentam hipertensão.

De acordo com Brasil (2006), estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares.

Confirmaram-se as suspeitas iniciais de que era grande a prevalência de hipertensão arterial no grupo investigado, corroborando com o autor Gus (2002), que afirma em seu artigo científico que a HAS, doença de grande interesse para a saúde pública, é largamente conhecida como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares, apresentando alta prevalência na população adulta mundial,

principalmente acima dos 40 anos.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra quanto a hipertensão na família.

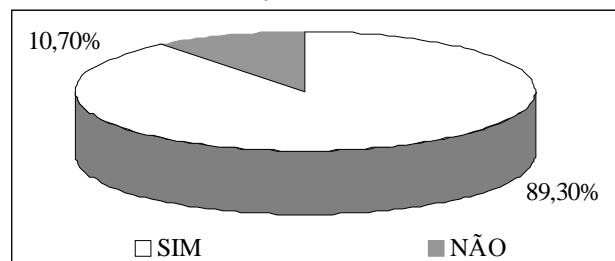


Quando questionados sobre casos de hipertensão na família, 38 (74,5%) dos entrevistados confirmaram que tinha casos na família de hipertensão arterial, enquanto 13 (25,2%) não confirmaram outros casos de hipertensão na família.

Esses dados condizem com os de Santos e Silva (2006), que descrevem em seu estudo que 75% dos hipertensos entrevistados tinham histórico familiar de hipertensão arterial na família e consideram que a existência de hipertensão arterial nos pais mostra-se como um fator de risco importante para o surgimento nos filhos.

Duncan *et al.*, (2004), a contribuição dos fatores de genéticos para a gênese da Hipertensão Arterial está bem estabelecida na população idosa. Entretanto, não há até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para o risco individual de desenvolver a Hipertensão Arterial.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra quanto a orientação ao tratamento.

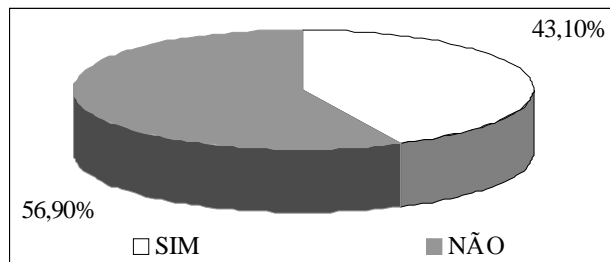


O gráfico 4 revela que 25 (89,3%) dos entrevistados hipertensos são orientados quanto ao tratamento e 03 (10,7%) não recebe orientações.

Sabemos que a abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo ininterrupto de motivação para que o paciente não abandone o tratamento.

A Hipertensão Arterial exige tratamento e controle, além disso, são necessárias mudanças de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias (MIRANZI, 2008).

Gráfico 4 - Distribuição da amostra quanto a prática de atividades físicas.

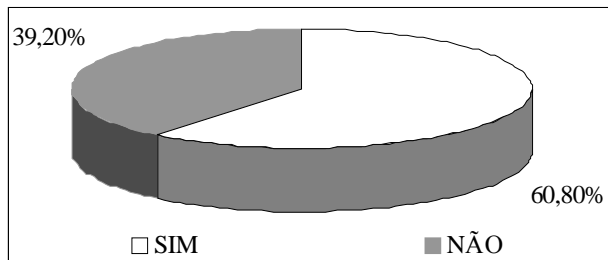


A prática de atividades físicas é importante na prevenção e tratamento de hipertensão, a tabela 6 mostra que 22 (43,1%) dos entrevistados realizam atividades físicas, e 29 (56,9%) não praticam atividades físicas, a maioria alegando que não pratica por causa de outros problemas de saúde.

Brasil (2006), relata que os hipertensos devem praticar atividades físicas, pois diminui a pressão arterial, além de reduzir consideravelmente o surgimento de futuras complicações, facilitando ainda no controle de peso.

Martinez e Latorre (2006), em seu estudo, enfatizam que uma única sessão de exercícios físicos prolongado de baixa ou moderada intensidade provoca queda prolongada na pressão arterial sendo extremamente necessário uma padronização quanto à intensidade, frequência e duração das sessões de exercícios físicos.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra quanto ao cuidados com a alimentação.

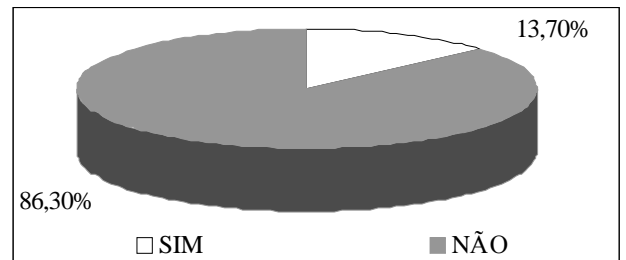


A adesão a hábitos alimentares saudáveis é de suma importância no controle da hipertensão arterial. Dos 51 entrevistados 31 (60,8%) fazem dieta e 20 (39,2%) não fazem dieta.

Segundo Brasil (2006), a dieta exerce um papel importante no combate à hipertensão arterial. Uma dieta com a quantidade reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos.

Segundo Garcia (2005), a ingestão de gorduras, açúcares e sal por indivíduos portadores de Hipertensão Arterial deve ser reduzida, pois poderá haver aumento das complicações, como doenças coronarianas, e também obesidade que, por si só, eleva os valores tensionais.

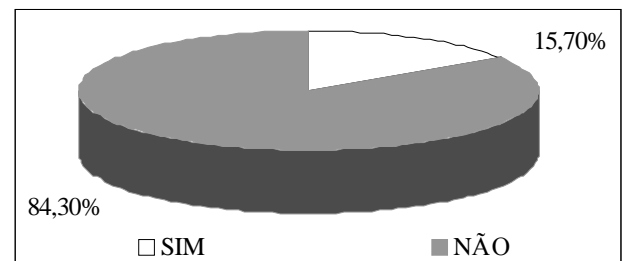
Gráfico 6 - Distribuição da amostra quanto uso de tabaco.



O gráfico 8 mostra que 07 (13,7%) dos entrevistados são fumantes e a grande maioria 44 (86,3%) não fazem uso do tabaco. Segundo Maia *et al.*, (2007), o cigarro produz o fator vasoconstricção, além de acelerar o processo de aterosclerose. Além disso, o tabagista é considerado pela OMS e pelo Departamento de Saúde dos EUA como o mais importante fator de risco modificável morbidade e da mortalidade.

A PA sistólica de hipertensos fumantes é expressivamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2006).

Gráfico 7 - Distribuição da amostra quanto ao consumo de álcool.



Foi questionado aos pacientes sobre o uso de bebidas alcoólicas, onde 08 (15,7%) alegaram fazer o uso de bebidas alcoólicas e 43 (84,3%) disseram que não ingerem nenhuma bebida alcoólica.

O álcool tem sido considerado como um problema de saúde pública, principalmente para quem tem doenças cardiovasculares, ou com hipertensão. Pedrosa e Silva (2007), destaca que o indivíduo que para de beber ou que pelo menos diminui o consumo diário de álcool a uma dose de destilado (60 ml) ou sua taça de vinho (200 ml), ou duas taças de cerveja (600 ml), diminui os riscos cardiovasculares deste paciente.

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Souza et al. (2007) relatam que estudos epidemiológicos apostam na grande relação entre o consumo de álcool e a relevância de Hipertensão Arterial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de pesquisa acadêmica, sobre a prevalência de Hipertensão Arterial em uma população idosa de uma Unidade de Saúde da Família no Município de Patos-PB, propiciou, através da visualização de tabelas e gráficos, a percepção da cena encontrada em campo de pesquisa.

Pôde ser constatado que realmente os idosos dessa Unidade, em sua maioria são hipertensos e que eles no geral, conhecem as nuances da doença, bem como medidas de profilaxia, tratamento e as condições saudáveis que os idosos poderiam desfrutar.

Foi descrito no trabalho, conforme seus objetivos, a prevalência da hipertensão arterial e os fatores importantes que aparecem como condição predisponente para o aumento das chances dessa população pesquisada em adquirir a Hipertensão Arterial, ou complicar seu quadro, pois foi observado através das análises o quanto Hipertenso é essa população investigada. Sexo, Etnia, prática de atividades físicas, nutrição adequada,

conhecimento das ações importantes para o combate da Hipertensão Arterial por parte dos idosos, dados foram numerados neste trabalho no intuito de proporcionar melhor compreensão por parte do leitor e ao mesmo tempo servir de subsídios para uma apurada discussão dos resultados, tendo em vista a facilidade que as tabelas e gráficos proporcionam na avaliação dos mesmos.

Diante disso, devemos mencionar a importância da realização dessa pesquisa para a sociedade, visto que, através dela, outras pessoas podem ver que a população mais idosa são mais susceptíveis a hipertensão arterial, mais que podem ter uma vida mais saudável sem precisar abdicar das melhores coisas e sim tornar o dia-a-dia com mais qualidade e mais saúde.

Espero que os resultados obtidos neste estudo possam servir de contribuição para o processo de educação em saúde na abordagem de tratamento dos pacientes acometidos por hipertensão arterial, visando a diminuição dessa prevalência, não só no município em estudo, mais em todo o mundo.

R E F E R Ê N C I A S

- BORELLI, F. A. O.; SOUSAM. G.; PASSARELLI, J. R. O.; PIMENTA, E.; GONZAGA, C.; CORDEIRO, A.; LOTAIF, L.; AMODEO, C. **Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar.** RevBrasHipertens vol.15(4): p. 236-239, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil.** Ministério da Saúde - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006 p.9
- 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.** 2005;18(2):184-9.
- CONTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **ROBBINS: Patologia estrutural e funcional.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. P. 456.
- DUCAN, B. *et al.* Medicina médico-cirúrgico. 3 ed. São Paulo: ARTMED, 2004.
- GARCIA, M. L. B. **Síndrome metabólica: associação de obesidade, diabetes, hipertensão e colesterol, fatores da atualidade que induz a morte súbita.** 2005.
- GOLDMAN, L; BENNETT, J.C. **CECIL: Tratado de medicina interna.** 21. Ed. V. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- GUS, Iseu. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Rio Grande do Sul e fatores de risco associados.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 78, n. 5, p. 478 - 483, 2002.
- LIPPINCOTT, W. **Enfermagem Médica - cirúrgica.** Quarta edição. Tradução Ivan Lourenço Gomes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- MAIA, C. O. et al. **Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem.** 2007.
- MARTINEZ, M. C; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melitus em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** 2006.
- MIRANZI, S.S.C., et al; Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto e contexto - Enfermagem,** v. 17, n. 4. Florianópolis, 2008.
- PEDROSA, E. SILVA, R. Black book - clínica médica. Belo Horizonte. Editora 2007.
- SANTOS, Z.; SILVA, R. **Hipertensão Arterial: modelo de educação em saúde para o auto cuidado.** 10 Ed. V2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- SOUZA, A. R. A. de et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. Arg. Brás. Cordrol. São Paulo: 2007.
- TEDESCO, J. Julio de A.; A grávida: suas indicações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 2002.
- WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia.** 4 ed. Barueri, SP: Manole, 2005.
- ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, MARILISA. B. Z.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L. G. M. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev. p. 285-294, 2006.

Data de recebimento para publicação: 15.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 09.04.2013.

Qualidade de Vida de Indivíduos Portadores de hipertensão Arterial em Uma Unidade de Saúde¹

Quality of Life in Patients With Hypertension Individuals in a Health Unit.

Jomaricleide Gomes da Silva²

Rosa Martha Ventura Nunes³

Tarciana Sampaio Costa⁴

Raquel Campos de Medeiros⁵

RESUMO: A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica com crescimento no número de casos, quando não tratada, pode ocasionar sérias complicações, podendo lesionar vários órgãos alvos que o organismo precisa para manter funcionamento (hemostasia). Portanto, é fundamental que o profissional da área de saúde saiba mensurar e interpretar os valores pressóricos, além de tecer as orientações necessárias a cada indivíduo. Os objetivos do estudo foram descrever a qualidade de vida dos portadores de Hipertensão Arterial acompanhados em uma Unidade de Saúde da Família em Aguiar-PB. Trata-se de um estudo do tipo do tipo exploratório descritivo com uma abordagem quantitativa, a população foi de 293 e amostra foi de 57 pessoas, o instrumento foi um roteiro de entrevista, os dados foram analisado conforme a estatística simples. Os dados analisados demonstram que a maioria são femininos, possuindo idade entre 54 a 64 anos, o nível de escolaridade predominante foi de ensino fundamental incompleto e a profissão encontrada foi de agricultor. A grande maioria não teve complicação, assim como não realizam atividade física. A maior porcentagem afirma ter dificuldades de realizar o tratamento, boa parte relata ter conhecimento sobre a Hipertensão Arterial. Então portanto o presente estudo foi de suma importância, pois através de dele foi possível identificar a grande magnitude do profissional enfermeiro na USF, como orientador de hábitos de vida saudável, com a finalidade de intervir na melhoria da qualidade de vida.

UNITERMOS: Unidade de Saúde da Família. Qualidade de Vida. Hipertensão Arterial.

ABSTRACT: High blood pressure (HBP) is a chronic disease with growth in the number of cases, if untreated, can cause serious complications and can injure several target organs that the body needs to keep functioning (hemostasis). Therefore, it is critical that the health care professional know measure and interpret blood pressure values, and weave the necessary guidance to each individual. The objectives of the study was to describe the quality of life of patients with Hypertension treated at a Family Health Unit in. This is a study of type a descriptive exploratory with a quantitative approach, the population was 293 and the sample was 57 people, the instrument was a structured interview, the data were analyzed according to the statistics simple. The data analyzed was that most girl are having age between 54 to 64 years, the level of education was elementary school and the profession of farmer was found. The vast majority had no complication, and do not perform physical activity. The highest percentage claims to have difficulties performing the treatment. So the present study was therefore of paramount importance, because through it was possible to identify the large magnitude of the professional nurse at USF, as supervisor of healthy living habits, in order to intervene in improving the quality of life.

KEYWORDS: Nursing Care. Quality of Life. Hypertension.

1. Artigo extraído da monografia apresentado a coordenação de enfermagem das FIP para obtenção do grau de bacharel de Enfermagem.

2. Acadêmica do 9ºdo Curso de Enfermagem das FIP.

3. Enfermeira. Mestranda das FIP.

4. Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Faculdade Integradas de Medicina ABC Paulista Professora da FIP.

5. Enfermeira. Mestre e profº das FIP.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica com crescimento no número de casos, quando não tratada, pode ocasionar sérias complicações, podendo lesionar vários órgãos alvos que o organismo precisa para manter funcionamento (hemostasia). Portanto, é fundamental que o profissional da área de saúde saiba mensurar e interpretar os valores pressóricos, além de tecer as orientações necessárias a cada indivíduo.

A Hipertensão ocorre quando a pressão arterial sistólica for maior ou igual a 140 mmHg, e a diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos adultos que não fazem uso de medicação anti- hipertensiva. Deve-se considerar o diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença de lesões nos órgãos alvos e as comorbidades associadas. (BRASIL, 2007)

Estima-se que cerca de 30 milhões de brasileiros sejam hipertensos, e que a cada 5 habitantes, um seja portador da doença. Esses índices são semelhantes a prevalência encontrada em todos os países da América Latina e do mundo, motivo pelo qual é importante ampliar o conhecimento sobre a saúde da população de seu conjunto, já que fatores etários, econômicos e sociais podem influenciar na prevalência dessa patologia. Além disso, também deve ser realizadas intervenções imediatas na saúde pública tomando-se medidas preventivas que visem a abordagem global dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. (SANTOS; BACKES, 2009).

O interesse pelo tema nasceu a partir da vivência da hipertensão com familiares, e relatos de pessoas conhecidas servindo de motivação para desenvolvimento dessa pesquisa, surgindo o seguinte questionamento: como está a qualidade de vida dos portadores de Hipertensão Arterial cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família de Aguiar-PB?

O presente estudo permitirá identificar o conhecimento dos portadores diante da patologia, descrevendo também sintomas, indicadores de risco e outros fatores que possam contribuir para o equilíbrio da hipertensão, e como essas informações são transmitidas pelo profissionais. Também subsidiar acadêmicos e profissionais além da população em geral, com intuito de fornecer dados que venham a servir no processo informativo sobre o tema, com isto influenciar na prevenção da Hipertensão Arterial e minimizar a ocorrência de complicações em indivíduos portadores da mesma.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório estudo foi realizado em unidade de saúde da família (USF), no município de Aguiar-PB. A população foi constituída por 293 pacientes hipertensos e cadastrados na USF, a amostra foi constituída de 57 (19,5%). A pesquisa foi submetida a aprovação do Comitê de Ética da FIP, tendo como protocolo. A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2012, na referida USF e por meio de visitas domiciliares previamente agendados com os Agentes comunitários de saúde. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semi estruturado, contendo perguntas objetivas e subjetivas. No decorrer da pesquisa, foi informado sobre os objetivos da

pesquisa bem como apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A realização da pesquisa considerou os aspectos éticos vigentes pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Esse direito fica assegurado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), assinados por todos clientes que aceitarem participar da pesquisa (BRASIL 1996). Além de garantia que podem desistir da pesquisa a qualquer momento sem sofrer dano algum, e que sofreram riscos mínimos em decorrência da pesquisa. Também fica claro que os dados aqui descritos podem ser expostos em artigos publicados, congressos, porém sempre mantendo em sigilo a identificação dos colaboradores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA (N=57)

De acordo com os dados o nível de escolaridade percebe-se que 60% (34) relata ter ensino fundamental incompleto, 17% (10) afirma não ter estudado, 16 (9) ensino médio completo, 3% (2) ensino fundamental completo, 2% (1) ensino médio incompleto, 2% (1) ensino superior completo.

As prevalências da hipertensão arterial sistêmica em diferentes regiões brasileiras constataram que a hipertensão arterial aumentava à medida que os anos de estudos diminuam, além de ser um fator de influência no controle da doença, uma vez que dificulta a compressão das orientações de enfermagem (LIBERMAN, 2007).

A tabela acima mostra que segundo a variável sexo encontra-se 67% (19) da amostra sendo feminino, e 32% (18) sendo masculino.

De acordo com a Tabela 1, nota-se que Faixa etária encontra-se com 68% (32) 54 a 64 anos, 19% (11) 42 a 53 anos, 11% (06) 31 a 41 anos, enquanto que apenas 2% (01) de 20 a 30 anos.

A patologia hipertensão arterial sistêmica tem sua prevalência em indivíduos idosos, na faixa etária a partir dos 50 anos, tornando-se fator determinante no que se refere à elevação da morbidade e mortalidade da população idosa, por ser uma doença que pode ocasionar várias complicações.

A variável Gênero apresentou-se sendo 67% (39) da amostra afirma ser feminina, e apenas 18% (32) ser do sexo masculino. É importante o fator de gênero, pois sabemos que mulheres são mais acometidas com doenças cardiovasculares do os homens (LIBERMAN, 2007).

A identificação da hipertensão arterial no gênero feminino se deve principalmente pelo fato que as mulheres procuram mais a Unidade Saúde da Família do os homens, sendo por este motivo os dados representam que a prevalência se encontra mais acentuada neste sexo citado anteriormente.

De acordo com a Tabela 1, a variável Raça foi possível observar que 60% (34) são pardas, 28% (16) Branca e apenas 12% (07) afirma ser negros.

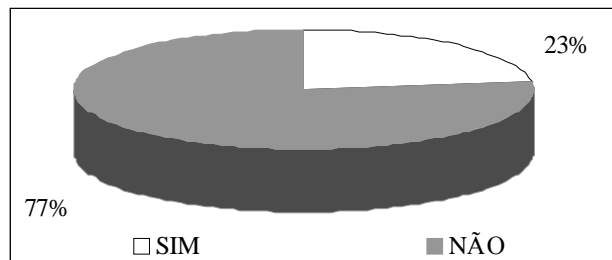
Quanto à raça, a literatura coloca que o impacto da hipertensão

arterial não é uniforme. Os negros têm as maiores níveis pressóricos, possivelmente relacionadas à maior ingestão de sal, quando comparados entre si e com outras raças. Significativa variação na prevalência da hipertensão arterial tem sido encontrada em populações de diferentes etnias; também tem sido observado que algumas delas estão mais expostas às complicações da hipertensão arterial do que outras, por razões não totalmente esclarecida (PEREIRA, *et al.*, 2008).

A profissão dos entrevistados apresentou de forma bem diversificada, onde 67% (38) são agricultores, 12% (07) são funcionários públicos, 9% (05) dona do lar, 7% (04) desempregada, 2% (01) afirma ser estudante, e 3% (02) comerciante.

Então os dados estudados demonstram que a maioria dos entrevistados são agricultores, pois sabemos que a profissão lida diariamente com trabalho pesado, ou seja, braçal é muito cansativo e estressante.

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes em relação as complicações em decorrência da Hipertensão Arterial



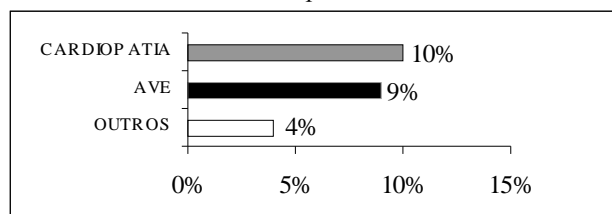
Fonte: dados do pesquisador

Segundo o Gráfico 1, observa-se que 13 (23%) tiveram complicações em decorrência da Hipertensão Arterial e sendo que 44 (77%) ainda não tiveram nenhuma complicação.

É de grande importância, o diagnóstico precoce da hipertensão arterial, é um fator bem favorável aos cuidados que os pacientes devem ter para prevenir suas complicações, uma vez que a hipertensão se apresenta em sua maioria das vezes assistemática e que gera dificuldades para ser diagnosticada.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbi-mortalidade na população brasileira, sendo que a hipertensão arterial (HA) representa um dos principais fatores de risco para o agravamento desse cenário, por estar relacionada ao surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2008).

Gráfico 2 - Distribuição percentual sobre as complicações decorrentes da Hipertensão arterial.



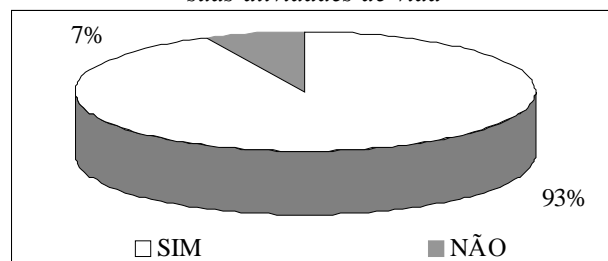
Fonte: dados do pesquisador.

De acordo com o Gráfico 2, verifica-se que dos 23 entrevistados 10% (05) afirma ter tido cardiopatia, 9% (03) relata que foi AVE, e apenas 4% (2) afirma ser outros.

Então podemos verificar que a Hipertensão Arterial Sistêmica causa inúmeras complicações, uma vez que através dela afeta o sistema cardiovascular comprometendo os demais sistemas do organismo.

Dentre as complicações decorrentes da hipertensão arterial sistêmica, as principais lesões determinadas e identificadas em órgãos-alvo, são nos rins, assim como cardiopatias, e vasos e encéfalo, como exemplo podemos descrever o Acidente vascular Encefálico (AVE), são os que mais comprometem a saúde cardiovascular dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (NOBRE, 2012).

Gráfico 3 - Distribuição dos participantes em relação de suas atividades de vida



Fonte: dado do pesquisador.

Percebe-se que no Gráfico 3, que 53 (93%) a maioria dos participantes consegue desempenhar suas atividades diárias e só 4 (7%) tem dificuldade para desenvolver suas atividades normais.

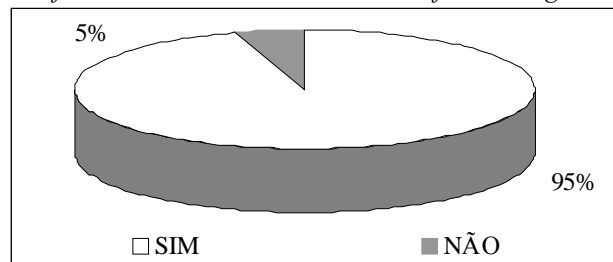
É importante ressaltar a realização de atividades educativas para mudanças nos hábitos de vida para que os portadores possam ter uma melhor qualidade de vida, reduzindo também possíveis agravos à saúde da população. A enfermagem tem um papel fundamental por estar mais próxima do contexto familiar, deve atentar-se para promoção de ações de educação em saúde tanto para o paciente como para seus familiares estabelecendo vínculo de confiança entre ambos minimizando complicações.

A hipertensão por muitas vezes não apresentar sinais ou sintomas dificultando assim o diagnóstico. Podendo acarretar problemas para qualquer sistema do organismo. E para isso se faz necessário a prevenção da doença possibilitando um melhoramento a qualidade de vida destes pacientes e promovendo o tratamento adequado da hipertensão. O desenvolvimento de ações de promoção de estilos de vida mais saudáveis como estratégias pode evitar o aparecimento da doença. Sua detecção precoce é fundamental, pois irá minimizar, danos, incapacidades e riscos, onde será importante no cuidado com os portadores.

Araújo e Garcia (2006) afirmam que a grande maioria de pacientes hipertensos não adere a mudança do estilo de vida, já que essa mudança não é fácil, pois determina mudanças de hábitos prazerosos. Acrescenta ainda que pacientes que fazem uso de medicação anti-hipertensiva tendem a aderir menos a mudança do estilo de vida, achando que a medicação é suficiente

para controle da doença.

Gráfico 4 - Distribuição dos participantes em relação há dificuldade de realizar o tratamento farmacológico.



Fonte do próprio estudo. 2012

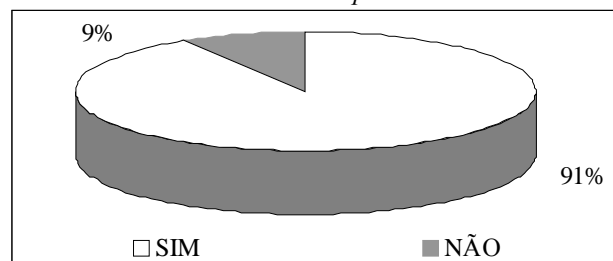
Dos 57 entrevistados, 54 (95%) firmaram ter dificuldade em realizar o tratamento farmacológico e 03 (5%) não sente dificuldades para realizar o tratamento.

As dificuldades enfrentadas pela amostra é compreendida uma vez que a ingestão de medicamentos causa mudanças no ritmo da vida dos pacientes que fazem uso contínuo de fármacos com a finalidade de realizar o controle da pressão arterial.

Para Timby e Smith (2005), o principal objetivo da terapia, seja qual for o tipo de Hipertensão Arterial é reduzir os níveis pressóricos e prevenir complicações importantes. O tratamento inicial depende do estágio da hipertensão arterial, as intervenções não farmacológicas comumente são utilizadas em primeiro lugar e podem fazer com que a pressão arterial retorne aos níveis normais, se as elevações forem discretas.

O tratamento visa prevenir as possíveis complicações que possa desenvolver diante dessa patologia, e tem a finalidade de controlar os valores pressóricos com redução da mortalidade. O tratamento da hipertensão arterial tem como objetivo reduzir a pressão arterial e prevenir complicações seja qual for o tipo da hipertensão arterial. São utilizadas em primeiro lugar intervenções não farmacológicas como: redução de peso, diminuição de ingestão de sódio, o exercício moderado e redução de outros fatores como tabagismo e o consumo de álcool podem fazer com que a pressão arterial retorne a níveis normais, se as elevações forem discretas. Quando os níveis normais de colesterol e de triglicérides estão aumentados recomenda-se uma dieta com baixo teor de gordura saturado (TIMBY; SMITH; 2005).

Gráfico 5 - Distribuição dos participantes em relação ao conhecimento sobre a Hipertensão Arterial



Fonte do próprio estudo. 2012

De acordo com gráfico 5, observa-se que 52 (91%) hipertensos não souberam relatar o que era hipertensão arterial, enquanto que apenas 5 (8%) sabiam mas não conseguiam explicar

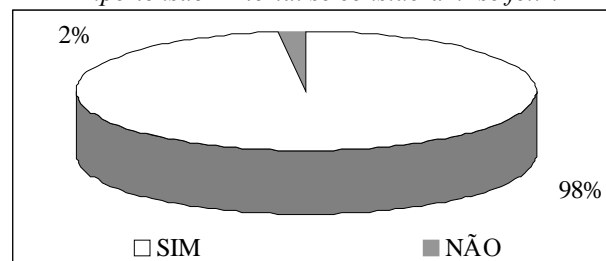
a patologia.

Pode-se observar que, apesar das orientações prestadas pelos profissionais e das campanhas realizadas, é surpreendente o déficit de conhecimento acerca da pressão arterial e da HAS, pois as pessoas ainda não estão esclarecidas. Ressalta-se ainda o distanciamento da comunicação técnica dos profissionais da saúde que não vem contemplando as dúvidas dessas pessoas e que não são capazes de compreender o que significa pressão alta, nem tampouco os riscos que ela pode ocasionar.

Segundo o Ministério da Saúde a Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006a).

Para Silva *et al;* (2008) afirma que a Hipertensão Arterial e as Representações sociais sobre o que é “ser portador” de HÁ poderá contribuir para o entendimento da construção psicossocial da doença no âmbito da adoção de medidas preventivas por profissionais de saúde e na compreensão de comportamentos.

Gráfico 6 - Distribuição dos participantes portadores de Hipertensão Arterial se consideram-se feliz.



Fonte do próprio estudo. 2012.

Diante do gráfico 6 podemos observar que 56 (98%) que possui a patologia considera-se feliz e apenas 1 (1%) relata não considerar-se feliz. Podendo observar que a maioria desses portadores de hipertensão relatou mesmo com as limitações conseguiu ser feliz

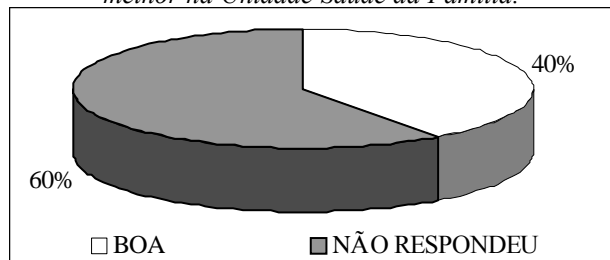
Então pode-se verificar que é possível ser feliz mesmo sendo portador de doença crônica degenerativa, uma vez que os pacientes sejam conscientes que necessitam de ter cuidados quanto alimentação, praticar alguma atividade física, evitar uma vida sedentária, tem como esta satisfeito com a realidade encontrada.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. (NOBRE, 2012).

De acordo com Oliveira *et al.*, (2002) o maior nível de insatisfação dos idosos corresponde ao bem-estar físico e material, seguido do desenvolvimento e realização pessoal. Para

Marques (2005), a maioria dos idosos (70,7 %) associou a expressão qualidade de vida com a condição de ter saúde, boa alimentação e viver bem com melhor condição financeira.

Gráfico 7 - Distribuição dos participantes em relação a assistência da enfermeira se é satisfatória ou se poderia ser melhor na Unidade Saúde da Família.



Fonte do próprio estudo. 2012.

Com base nos resultados obtidos no questionário, o Gráfico 7, mostra que 34 (59%) não soube responder sobre a assistência da enfermagem e só 23 (40%) relataram que eram boa e que poderia ser melhor.

A função da Estratégia Saúde Família consiste em abranger a comunidade de forma em geral, modificando a visão de como ver o paciente, uma vez que ele deve ser visto de forma holisticamente pelos profissionais de saúde. Quanto a assistência de enfermagem ela deve oferecer suporte, a ESF uma vez que os repasses de orientações deve ser o principal ponto a ser executado dentro da UBS.

De acordo com Nóbrega, Medeiros e Leite (2010) na atenção a pessoa hipertensa, o enfermeiro, como membro do grupo multiprofissional, atribuições de extrema importância, a saber: realizar a consulta de enfermagem, node investiga fatores de risco e hábitos de vida, afere a pressão arterial, orienta sobre a doença e o uso de medicamentos e seus efeitos adversos e sobre hábitos de vida pessoais e familiares.

Contudo, a equipe de enfermagem desempenha papel importante em favorecer o aumento dos índices de adesão as práticas de saúde estabelecidas para os hipertensos. O enfermeiro deve atuar diretamente na promoção da saúde, contribuindo com o diagnostico precoce da doença, por meio da medida

rotineira da pressão arterial e orientação da equipe sob sua responsabilidade. Uma vez instalada a doença, a atuação recai em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem adesão a estilos de vida saudáveis (SILVA; COLOSIMO; PIERIM, 2010).

Embora se trate de uma doença crônico-degenerativa de fácil diagnóstico e com grande diversidade terapêutica, seu controle constitui um desafio aos pacientes em virtude das mudanças de estilo de vida necessárias; e aos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros, que tem sua ação pautada no cuidado continuo a esses indivíduos. A esses profissionais, o maior desafio revela-se na necessidade de desenvolver estratégias com vistas a conduzir o individuo ao autocuidado e consequente adesão a terapêutica. (MOURA *et al.*, 2011).

CONCLUSÃO

Segundo os relatos da pesquisa fica evidente que os hipertensos precisam melhorar sua qualidade de vida, cabe aos profissionais de saúde juntos com os portadores hipertensos, fazer o controle da P.A, em especial na atenção básica, pois a atuação da enfermagem é primordial em todas as etapas do diagnóstico e tratamento para que o paciente possa aderir ao tratamento para ter uma boa qualidade de vida, buscando estratégias como campanhas, programas práticas de medidas preventivas.

Portanto, a presente pesquisa serviu para o enriquecimento dos conhecimentos sobre patologia estudada, bem como servirá para os novos estudos acerca da temática, pois a hipertensão arterial é um tema sempre será discutido, procurando neste tocante a busca de melhorias na qualidade de vida de forma saudável, assim como auxilio no controle da pressão.

Descarte fica clara a necessidade de melhorarmos acerca da assistência aos clientes portadores de Hipertensão Arterial e de forma bem acentuada na assistência do profissional enfermeiro, de maneira que os clientes sejam informados sobre a HA, propiciando melhoramento no auto cuidado.

R E F E R Ê N C I A S

- Brasil. Ministério da saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ms, 2007.V.19.
- _____. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Caderno de Atenção Básica. Brasília, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP). **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- ARAUJO, G.B.S; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletronica Enferm**. V. 8, n.2, p. 250-6, 2006. Acesso em 11/04/2012
- BAIS, D. O Papel do Enfermeiro. **Revista Nursing**. São Paulo, v.13, n. 137, p. 34-42, 2007.
- MARQUES, A.P. **Envelhecimento da população será um desafio para a saúde pública**. Publicado em 16/10/2005. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/novo/asp-publicado-em-noticias>. acesso em 15/10/2012.
- MOURA, Denizielle de Jesus Moreira et al . Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, ago. 2011 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>. acesso em 30 mar. 2012.
- NOBREGA, E.S.L.N; MEDEIROS, A.L.F.M.; LEITE, M.C.A.L. Atuação do enfermeiro no controle da hipertensão arterial em unidades de saúde da família. **revista enfermagem UFPE**, v.4, n.1, 2010. Disponível em www.UFPE.br/revistaenfermagem/index.php/revista. Acesso em 13-04-2012.

OLIVEIRA, Thiago Rodrigues Pinto de, et al, ESTUDO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: REPERCUSSÕES QUANTO ADESÃO AO TRATAMENTO. *Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba - MG*, v.1, n.1, p. 97-110, jul./dez. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. acessos em 19 de abril 2012.

SANTOS, E.R.D.; BACKES, M.T.S. Hipertensão Arterial Sistêmica: avaliando usuários de um grupo de educação de uma unidade básica de saúde. *Revista Nursing*. V.12, n. 134, p. 326-332, 2009.

SILVA, S.S.B.E; COLÓSIMO, F.C.; PIERIN, A.M.G. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 44, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso em 28 de abril de 2012.

SILVA, M. E. D. C. et al. **As apresentações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.61, n4, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.org> acesso em 12/09/11.

NOBRE, F. Complicações sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica. *Revista Brasileira em cardiologia*. V. 23, n. 4, 2012.

LIBERMAN, Alberto. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. *Rev. Bras. Hipertens.* v.14, n.1, p.17-20, jan/mar. 2007.

PEREIRA, A. L. C. et al. o perfil dos usuários hipertensos cadastrados e acompanhados por uma unidade de saúde da família de um município do interior do leste mineiro. Centro Universitário de Caratinga - UNEC Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão. 2008.

Data de recebimento para publicação: 15.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 09.04.2013.

temas em
Saúde

Gravidez na Adolescência e As Suas Consequências¹

Adolescent Pregnancy and It's Consequences

Diego Lacerda Lopes²

Marcelo Alves Barreto³

Maria Mirtes da Nóbrega⁴

Malba Gean Rodrigues de Amorim⁵

RESUMO: A Organização Mundial de Saúde afirmam que adolescentes de 10 a 19 anos responderam por 22% de cerca 668 mil partos ocorridos em 2003. As mães com idade entre 10 a 14 anos foram 28 mil em todo o País. Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem quanti-qualitativa, sendo o mesmo realizado na Unidade Saúde da Família Bivar Olyntho localizada no município de Patos-PB. A população do presente estudo foi através de 20 gestantes adolescentes cadastradas na USF, sendo que a amostra foi de 10 gestantes. Os resultados encontrados que a maioria estão com idade entre 16 a 17 anos, com ensino fundamental incompleto, solteiras com renda menor de 1 salário mínimo, encontrando-se em sua totalidade na primeira gestação. Sendo que a menarca em sua maioria com idade de 11 anos, e a coitarca com 12 a 14 anos. Todas as entrevistadas afirmam não ter planejada a gravidez, assim como não receberam apoio familiar, onde a maioria não teve vontade de interromper a gravidez, tendo como principal sentimento foi o medo, e como principal motivo para que ocorresse a gravidez foi a falta de informação. Então podemos concluir que a realização deste estudo foi de extrema importância no que se verificar como esta a ocorrência da gravidez na adolescência, assim como as dificuldades de enfrentar tal acontecimento.

UNITERMOS: Adolescentes. Consequências. Gravidez.

ABSTRACT: *The World Health Organization stated that adolescents aged 10 to 19 years accounted for 22% of about 668 000 births in 2003. Mothers aged 10 to 14 years were 28 000 throughout the country. This is a descriptive exploratory study with quantitative and qualitative approach, the same being held at Unity Family Health Bivar Olyntho located in the city of Patos-PB. The population in this study was through 20 pregnant adolescents enrolled at USF, and the sample was 10 pregnant women. The results found that the majority are aged between 16 and 17 years of elementary education, singles with incomes less than 1 minimum wage, lying in its entirety in the first pregnancy. Since menarche mostly aged 11 years, and first sexual intercourse 12 to 14 years. All interviewed say they have planned pregnancy, and did not receive family support, where most had no desire to terminate the pregnancy, the main feeling was fear, and the main reason for pregnancy to occur was the lack of information. So we can conclude that this study was of utmost importance in this check as the occurrence of teenage pregnancy, as well as the difficulties facing such event.*

KEYWORDS: *Teens. Consequences. Pregnancy.*

1. Trabalho de conclusão de curso do curso de bacharelado e enfermagem das FIP.

2. Concluinte do curso bacharelado em enfermagem das FIP. Rua do Prado, 1375, Bairro da liberdade, Patos - PB. E- mail: diegolacer@hotmail.com.

3. Mestre em ciências da saúde - UNIC SUL docente das Faculdades Integradas de Patos-PB.

4. Docentes do curso bacharelado em enfermagem das FIP.

5. Docentes do curso bacharelado em enfermagem das FIP.

INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, no qual ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social (YAZLLE, 2006).

A cada ano cerca de 15 milhões de adolescentes no mundo experimentam a maternidade, o aumento foi mais evidente nas áreas urbanas, onde a fecundidade passou de 54 para 80 mil. Os dados atuais mostram que há uma adolescente grávida para cada cinco mulheres em idade fértil (DIAS; AQUINO, 2006).

Sabe-se que a gravidez na adolescência tem demonstrado uma elevação nos dados estatísticos, surgindo o seguinte questionamento: Quais as principais conseqüências que a gravidez acarreta na vida dessas adolescentes?

Certamente a mencionada pesquisa é bastante relevante, pois servirá de esclarecimento a adolescente sobre as conseqüências que a gravidez precoce causa, reduzindo assim a incidência da mesma. Além disso, esta pesquisa poderá servir como fonte para outros estudos semelhantes que abordem tema proposto em questão.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quanti-qualitativa, que tem como objetivos identificar as conseqüências de uma gravidez não planejada na vida de adolescentes solteiras ou casada. A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Bivar Olinto localizada no município de Patos-PB. A população do presente estudo foi composta por 20 adolescentes grávidas na faixa etária de 12 a 19 anos, sendo as mesmas cadastradas na UBS mencionada anteriormente. A amostra foi realizada com 50 % da população, ou seja, com 10 gestantes, que de livre e espontânea vontade desejou participar da pesquisa (APÊNDICE A). Os dados foram coletados através da aplicação de um roteiro de entrevista, contendo perguntas objetivas e subjetivas para obter informações referentes aos objetivos do estudo (APÊNDICE B). A pesquisa foi realizada levando em consideração os princípios da Resolução n.º. 196/96 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, instituindo as diretrizes e normas regulamentadas na pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, que visam atender (justiça e equidade) onde será assegurando a garantia do sigilo e anonimato, tendo as colaboradoras o direito de desistir

a qualquer momento sem sofrer dano algum, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica das adolescentes

VARIÁVEIS	DESCRIÇÕES	F	%
Faixa Etária	14 a 15 anos	04	40
	16 a 17 anos	06	60
Escolaridade	E. F. Completo	02	20
	E. F. Incompleto	06	60
	E. M. Completo	02	20
Estado Civil	Solteiro	06	60
	Relação Estável	02	20
	Casada	02	20
Renda Familiar	Menos de 01 salário mínimo	06	60
	De 01 a 03 salários mínimos	04	40
Número de Filhos	1ª Gestação	10	100
Profissão	Estudante	06	60
	Do Lar	02	20
	Doméstica	02	20
Menarca	10 anos	02	20
	11 anos	03	30
	12 anos	05	50
Coitarca	12 a 14 anos	07	70
	13 a 15 anos	03	30
TOTAL		10	100

Fontes do próprio estudo

De acordo com a Tabela 1, a variável faixa etária encontra-se com entre 14 a 15 anos, podemos observar que a variável escolaridade a maioria das entrevistadas afirmam que possuem Ensino Fundamental Incompleto. Estado civil das entrevistadas a maioria relata ser solteiras, assim como a menos de salário mínimo como renda familiar mensal. E todas se encontram na primeira gestação. A grande maioria teve sua menarca aos 12 anos, e a coitarca entre 12 a 14 anos de idade.

Os dados analisados demonstram que as adolescentes não conseguiram terminar os estudos, onde este fator é preocupante no que se refere ao fato delas não terem estudos e desta dificultar a assistência de enfermagem, pois quanto menor o grau de instrução mais atenção deverá ter para orientá-las sobre a importância de se realizar o pré-natal e sua frequência

N.B.

(1) As idéias e todo o conteúdo dos artigos publicados em Temas em Saúde são de responsabilidade única e exclusiva dos autores que colaboraram com a presente edição deste veículo de comunicação. Neste sentido, o editor deixa clara sua isenção contra qualquer protesto que reclame o uso de direitos autorais patrimoniais não autorizados por seus detentores.

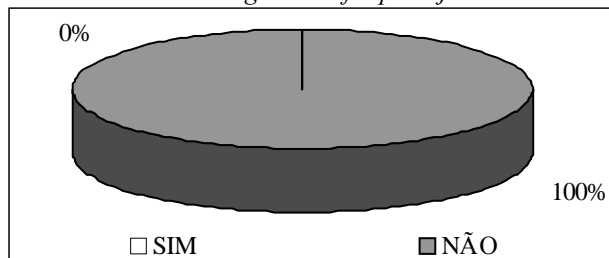
(2) A diagramação dos textos publicados nesta edição obedeceu a critérios relacionados ao projeto gráfico desenvolvido para a revista Temas em Saúde, o que implicou em ajustes no formato original com que os artigos foram encaminhados à nossa produção editorial. Contudo, não houve qualquer interferência para modificar, suprimir ou acrescentar elementos à expressão original desses artigos.

(3) A produção editorial de Temas em Saúde agradece aos autores que colaboraram encaminhando seus artigos para esta publicação.

nas consultas de médicas e de enfermagem.

O fator sobre estado civil é importante, pois as mesmas já possuem um agravante por serem muito novas, inexperientes, então a figura do companheiro é de suma importância para que elas conseguissem enfrentar este novo momento de sua vida, pois pelo fato de muitas das vezes não conseguem o apoio familiar. O dado de renda familiar é muito importante, pois através do mesmo é que se poder ter uma melhoria na qualidade de vida e desta forma poder ter acesso ao lazer, saúde e uma alimentação saudável.

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra acerca da gravidez foi planejada.



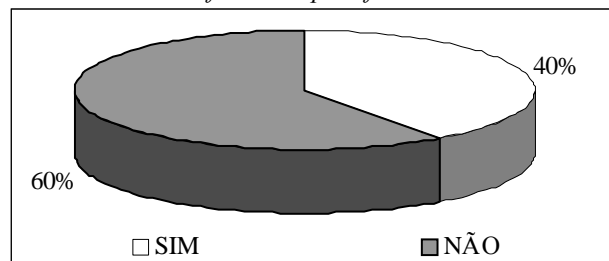
Fontes do próprio estudo

De acordo com o Gráfico 1, demonstra que 100% da amostragem relata que não foi planejada a gravidez, ficando evidente a despreparação das gestantes, por se tratarem de pessoas muito novas inexperientes.

Conforme (RODRIGUES, 2010) Habitualmente poucas são as mulheres adolescentes que realizam o planejamento familiar, por se constitui a adolescência sendo uma fase de desenvolvimento caracterizada por profundas transformações a nível físico, psicológico, afetivo, social e familiar.

Uma gestação planejada ou desejada parece ser um pré-requisito importante para o sucesso do aleitamento materno, sugerindo a importância das consultas de planejamento familiar.

Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra conforme o apoio familiar



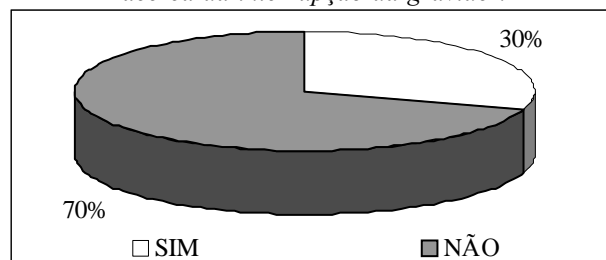
Fontes do próprio estudo

Segundo o Gráfico 2, foi possível observar que 60% (6) não tiveram apoio familiar, enquanto que 40% (4) afirmam ter recebido o apoio da família, nesse momento é muito importante, pois ajuda as gestantes adolescentes enfrentarem este momento tão inesperado cheio de dúvidas, medos e insegurança.

A progressiva maturação fisiológica é normalmente acompanhada pela súbita descoberta de novas relações e experiências, de ordem afetiva e sexual, muitas vezes geradoras de intensos conflitos. Estes sentimentos devem-se

frequentemente a uma desarmonia entre o desenvolvimento corporal, sexual e mesmo intelectual e a aquisição de maturidade emocional (RODRIGUES, 2010).

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra acerca da interrupção da gravidez.

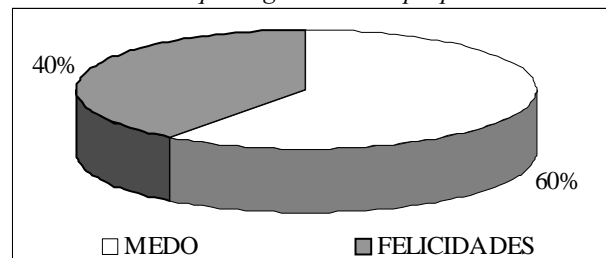


Fontes do próprio estudo

Conforme o Gráfico 3, a maioria das entrevistadas afirmam que não tiveram vontade de interromper a gestação, enquanto que a minoria delas relataram terem vontade de interromper a gravidez.

O abortamento é um fenômeno social complexo visto a existência de posicionamentos divergentes em seu entorno. É considerado tema importante do âmbito da saúde reprodutiva e constitui tópico bastante discutido na agenda internacional, tendo motivado extenso debate nas duas Conferências (RODRIGUES; HOGA, 2005).

Gráfico 4 - Distribuição percentual da amostra acerca do sentimento que a gravidez lhe proporcionou.



Fontes do próprio estudo

Segundo o Gráfico 4, demonstra que a maioria das entrevistadas afirmam que o principal sentimento que a gravidez lhe proporcionou foi o medo, enquanto que a minoria afirmaram ter sido felicidades.

Os dados analisados são importantes pois, é natural na primeira gestação terem os sentimentos de medo e dúvidas sobre a gravidez. Conforme (BENUTE; GALLETTA, 2003), A adolescência é caracterizada por um período de intensas mudanças físicas, sexuais, psicológicas e sociais. É um momento em que o jovem busca formar a sua própria identidade, testando os valores e os costumes aprendidos. Em geral, a crise de identidade se instaura no adolescente no momento em que ele busca encontrar suas próprias respostas e motivações para a vida, procurando compreender o sentimento de medo por ser um momento novo vivenciado.

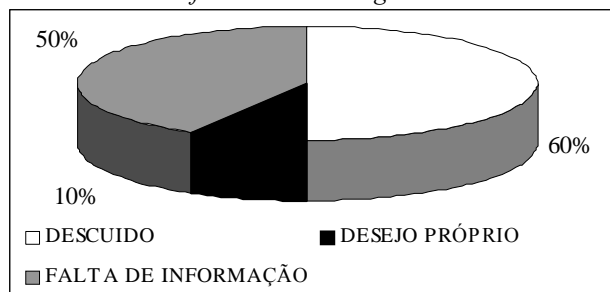
Quadro 1 - Análise relativa sobre o que mudou sua vida depois da gravidez

QUESTIONAMENTO
O que mudou na sua vida depois da gravidez?
RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Em continuar estudando (S1, S3, S5, S8); Convivência familiar (S2, S6); Aumentou as responsabilidades (S4); Adquiri experiências (S7); Nada (S9, S10).

Fontes do próprio estudo

De acordo com análise as respostas das entrevistadas demonstram que a maioria afirmam que a principal dificuldade foi em continuar estudando, em seguida duas afirmaram que a convivência familiar mudou após a gravidez, como também não ter mudado nada, e apenas (1) aumentou as responsabilidades e como também afirmaram ter adquirido experiência.

Gráfico 5 - Distribuição percentual da amostra conforme ocorreu a gravidez



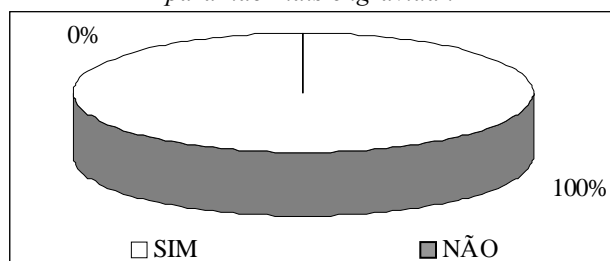
Fontes do próprio estudo

De acordo com o Gráfico 5, foi possível observar que 50% (5) relatam ter engravidado por falta de informação, 40% (4) da amostragem afirmam ter sido por descuido e apenas 10% (1) por desejo próprio.

Conforme Ferreira *et al.*, (2012), considera que a gravidez na adolescência não é um fenômeno novo, e encontram-se grávidas adolescentes em todos os estratos sociais, contudo parece ser mais prevalente nas classes mais desfavorecidas, a falta de conhecimento a respeito da sexualidade e o uso inadequado da contracepção.

As formas existentes de anticoncepcional: são o anticoncepcional oral e injetável, preservativo masculino, bem como camisinha feminina, DIU, abstinência periódica, coito interrompido, vasectomia e laqueadura são algumas maneiras de se evitar uma gravidez. (PANIZ; FASSA; SILVA, 2005).

Gráfico 6 - Distribuição percentual da amostra se hoje pudesse voltar ao passado se preveniria para não mais engravidar.



Fontes do próprio estudo

De acordo com o Gráfico 6, demonstra que 100% das entrevistadas afirmam que se pudesse voltar ao passado se preveniriam, embora no gráfico 5 uma adolescente respondeu ter engravidado por desejo próprio, demonstra no gráfico 6, que deveria ter planejado melhor o momento em assumir um filho.

Então ficando evidenciado que existem inúmeras maneiras de se evitar uma gravidez, ficou notório que se as entrevistadas pudessem voltar ao passado teria se prevenido com uma das formas que foi relatado no gráfico anterior.

É importante que atualmente elas já possuam a consciência de que agora podem sim prevenir e assim evitar uma gravidez indesejada, devido principalmente pela experiência vivenciada por elas.

Quadro 2 - Análise relativa acerca das principais dificuldades de ter engravidado ao longo da adolescência

QUESTIONAMENTO
Quais as principais dificuldades de ter engravidado ao longo da adolescência?
RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
De assumir as responsabilidades (S1, S3); Não vou mais para as festas (S2, S4); Não poder conseguir concluir os meus estudos (S5); Financeira (S6, S8, S10); Emocional (S7, S9).

Fontes do próprio estudo

De acordo com o Quadro 2, demonstra que maioria relata que as principais dificuldades de ter engravidado foi de assumir responsabilidades, não frequentar mais festas, financeiramente e emocional.

A gravidez na adolescência, desejada ou não, provoca um conjunto de impasses comunicativos no âmbito social com as responsabilidades impostas neste momento, familiar onde faz referência com o aceitar ou não a ideia e pessoal envolvendo as condições financeiras, o emocional também é afetado, bem como o direito ao lazer. No âmbito social, lamenta-se as falhas dos programas de educação sexual que, aparentemente, mostravam de modo claro e convincente como iniciar e usufruir com segurança a experiência da sexualidade (RODRIGUES, et al., 2010).

CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem tem papel fundamental para realizar educação em saúde, para este público, com orientações sobre a prevenção de gravidez não planejada e mostrar para elas as dificuldades que teriam em ter filhos sem um planejamento adequado, sem usufruir de uma vida socioeconômica adequada. Portanto a realização do presente estudo foi de grande importância no que se refere verificar como esta a ocorrência da gravidez na adolescência no município de Patos-PB, bem como discutir as principais dificuldades relatadas por elas em ter engravidado.

R E F E R Ê N C I A S

- BENUTE, G. B. ; GALLETTA, M. A. Gravidez na adolescência: prevalência, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 3, Sept. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP). **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- DIAS, A. B. AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 22, n 77, 2006.
- PANIZ, Vera Maria Vieira; FASSA, Anaclaudia Gastal; SILVA, Marcelo Cozzensa da. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, Dec. 2005 .
- RODRIGUES, M. M.; HOGA, L. A. K. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, Sept. 2005.
- RODRIGUES, R. M. Gravidez na Adolescência. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 19, n. 3, set. 2010.
- YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, Aug. 2006.

Data de recebimento para publicação: 15.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 22.04.2013.

temas em
Saúde

Hipertensão Arterial: Procurando Compreender a Convivência de Um Grupo de Idosos com Hipertensão Arterial

Arterial Hypertension: Trying to Understand The Coexistence of A Group of Elderly Patients With Hypertension

Misael Rafael de Lima¹

Carlos Bezerra de Lima²

Marcelo Alves Barreto³

Geane Gadelha de Oliveira⁴

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública que acomete vários indivíduos. O Ministério da Saúde em busca de estratégias para a resolução deste problema implantou o programa HIPERDIA de apoio às pessoas com hipertensão arterial e diabetes, na Estratégia Saúde da Família. As estratégias para a implementação de medidas preventivas são importantes para o controle da hipertensão e prevenção de complicações. O presente estudo é do tipo exploratório, desenvolvido mediante uma abordagem quantitativa, cujo objetivo geral foi analisar a convivência de pessoas idosas com hipertensão arterial sistêmica em uma unidade básica de saúde. O estudo foi realizado com 38 idosos cadastrados e assistidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Patos-PB. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2012, sendo utilizado um roteiro de entrevista. De acordo com os resultados obtidos observou-se que da população hipertensa 71,05% são mulheres; 44,74% da população apresentam idade entre 70 e 79 anos; 15,79% são constituídas de pessoas sem escolaridade; 63,16% são aposentados; e 76,32% com renda de um salário mínimo. Com relação à pressão arterial 76,32% aferem regularmente, 100% faz uso de medicação; 10,53% afirmaram não cumprir a dieta; 44,74% informaram que não recebem orientação da equipe de enfermagem; e 71,05% não realizam nenhuma atividade física. Os resultados mostraram que os fatores de risco estão presentes em grande parte dos entrevistados. Conclui-se que a mudança no estilo de vida é fundamental para os idosos acometidos com hipertensão arterial e que o fornecimento de informações, orientações e conhecimentos ao usuário com hipertensão por parte dos profissionais da área de saúde, transformam e melhoram a vida, adquirindo estilo de vida saudável.

UNITERMOS: Hipertensão Arterial. Idoso. Estilo de Vida.

ABSTRACT: Arterial Hypertension (HBP) is a serious public health problem that affects many individuals. The Ministry of Health in search of strategies to solve this problem HIPERDIA implemented the program of support for people with hypertension and diabetes, the Family Health Strategy. Strategies for the implementation of preventive measures are important for the control of hypertension and prevention of complications. The present study is an exploratory, developed by a quantitative approach, whose general objective was to analyze the interaction of elderly people with hypertension in a primary care unit. The study was conducted with 38 elderly registered and assisted in a Basic Health Unit in the city of Patos-PB. Data collection was conducted from August to September 2012, and used a structured interview. According to the results showed that 71.05% of the hypertensive population are females and 44.74% of the population have age between 70 and 79 years, 15.79% are made up of people with no schooling, 63.16% are retirees, and 76.32% with a minimum wage income. With regard to blood pressure regularly aferem 76.32%, 100% makes use of medication, 10.53% said they did not comply with the diet; 44.74% reported not receiving guidance from the nursing staff, and 71.05% do not realize no physical activity. The results showed that the risk factors are present in most of respondents. We conclude that the change in lifestyle is critical for elderly patients with hypertension and the provision of information, guidance and expertise to the user with hypertension on the part of health professionals, transform and improve lives, acquiring style healthy life.

KEYWORDS: Hypertension . Elderly. Lifestyle.

1. Acadêmico do 9º período do curso de Bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Rua José Bonifácio, nº 72, CEP 58884-000, Catolé do Rocha-PB. Email: misaelrafael20@hotmail.com.

2. Enfermeiro. Doutor de enfermagem. Professor das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

3. Enfermeiro. Especialista. Professor das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

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

INTRODUÇÃO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica /ou 90 mmHg de diastólica em pelo menos duas aferições subseqüentes, obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranqüilo. Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com conseqüentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações. A hipertensão é um fator de risco independente para doença cardiovascular (SILVA; SOUZA, 2004).

Hipertensão arterial ou pressão alta é chamada de assassina silenciosa, pois geralmente não causa qualquer tipo de sintoma durante muitos anos até que um órgão vital seja afetado. A doença causa diminuição da expectativa de vida e aumento da mortalidade em homens e mulheres (MIRANDA; SOUSA; CAMPOS FILHO, 2009).

A prevalência na população geral é de 16%, sendo 9% nos indivíduos brancos e 22% em negros, sua frequência aumenta de maneira expressiva entre os idosos, atingindo mais de 60%, na população de pessoas com mais de 65 anos, permanecendo também mais elevada nos indivíduos de raça negra (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, PASINI, 2006).

O interesse por essa temática surgiu por ocasião da convivência com a população idosa nos estágios curriculares, quando identificamos que eles tinham dificuldades em aderir ao tratamento da hipertensão arterial, necessitando de uma assistência de enfermagem mais sistematizada e humanizada para atender às necessidades específicas dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Como acadêmico de enfermagem tive a oportunidade de constatar, durante o período de estagio na unidade básica de saúde, que a hipertensão arterial é um sério problema de saúde pública no Brasil, acometendo principalmente pessoas idosas. A partir dessas constatações fizemos os seguintes questionamentos: qual o estilo de vida das pessoas participantes deste estudo? quais as dificuldades dos idosos em aderir à terapia medicamentosa?

A realização desta pesquisa foi de extrema relevância para nós enquanto acadêmicos, como também para os profissionais de saúde e para a população em geral, proporcionando informações necessárias para uma melhor assistência à população de idosos com hipertensão.

Portanto, nossa preocupação maior ao pesquisar e relatar sobre o tema supracitado foi de tentar buscar maneiras de ver como as pessoas se sintam melhor, ou seja, se há uma melhora na qualidade de vida das pessoas. Ressalte-se que a equipe de enfermagem é parte essencial na atenção às pessoas que convivem com hipertensão arterial.

Trata-se de um estudo exploratório, desenvolvido mediante uma abordagem quantitativa, realizado através de dois procedimentos: Revisão acerca de estudos publicados especificamente sobre a temática hipertensão arterial sistêmica

no idoso, e um trabalho de campo junto a um grupo de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde localizada no município de Patos-PB, no decorrer do semestre letivo de 2012.2

A população do estudo foi constituída por 188 idosos que convivem com hipertensão arterial sistêmica, cadastrados na referida unidade básica de saúde, sendo a amostra constituída por 38 usuários que se dispuseram a participar da pesquisa após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos (FIP) com o protocolo de número 209/2012, conforme a disponibilidade dos participantes. A coleta foi realizada pelo autor deste estudo na Unidade Básica de Saúde Rita Palmeira, após explicitação dos objetivos da pesquisa e aceitação da participação por parte do idoso, assinando o TCLE.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista estruturado com questões objetivas e subjetivas, que permitiu apreender informações junto aos sujeitos participantes deste estudo em conformidade com os objetivos formulados para a pesquisa de campo. Cada entrevista teve duração média de 10 minutos para cada entrevistado, sendo que a pesquisa foi realizada obedecendo às normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos preconizada da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, garantindo o anonimato, sigilo, confidencialidade e privacidade das informações (LIMA, 2011).

Para orientar o processo de desenvolvimento da pesquisa foram elaborados os seguintes objetivos: Geral - Analisar a convivência de pessoas idosas com hipertensão arterial sistêmica em uma unidade básica de saúde; específicos - Evidenciar os fundamentos básicos que dão sustentação à assistência as pessoas com hipertensão arterial sistêmica; traçar o perfil sociodemográfico da população alvo deste estudo; identificar os principais hábitos praticados pelos idosos participantes deste estudo, que constituam estilo de vida compatível com a hipertensão arterial; descrever quais as dificuldades enfrentadas pelos idosos quanto à terapia medicamentosa; discutir os achados em articulação com a saúde e qualidade de vida do idoso com hipertensão arterial.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram apresentados em tabelas, quadros e gráficos e analisados obedecendo à sistematização das respostas encontradas no material coletado, através da estatística simples, em articulação com os autores revisados neste estudo.

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo os dados sócio-demográficos.

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	F	%
Idade	60-69	15	39,47
	70-79	17	44,74
	80 anos e mais	06	15,79
Sexo	Masculino	11	28,95
	Feminino	27	71,05
Escolaridade	Sem escolaridade	06	15,79
	E. F. Incompleto	13	34,22
	E. F. Completo	14	36,84
	E. M. Completo	03	7,89
	E. Superior	02	5,26
Ocupação	Doméstica	12	31,58
	Aposentado	24	63,16
	Outros	02	5,26
Renda	Nenhuma	06	15,79
	01 salário mínimo	29	76,32
	02 salários mínimos	02	5,26
	03 salários mínimos	01	2,63

Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

Como pode ser visualizado na tabela 1, a maior concentração de idosos que compõem a amostra deste estudo, ocorreu na faixa etária entre 70-79 anos de idade com 17 (44,74%), porém, entre 60-69 anos participaram deste estudo 15 sujeitos representando 39,47% e 6 deles (15,79%) apresentaram idades maiores de 80 anos.

Apesar do menor percentual da amostra ocorrer com indivíduos maiores de 80 anos, a relevância destes dados está fundamentada na informação de que aos 80 anos, 80% dos indivíduos têm hipertensão, porém 50% dos homens e mulheres acima dos 50 anos apresenta hipertensão, aos 60 anos, essa porcentagem sobe para 60%, daí em diante, não para de crescer (WAJNGARTEN 2009).

Quanto ao sexo, o maior percentual foi de mulheres, em número de 27 (71,05%) e apenas 11 sujeitos do sexo masculino, com um percentual de 28,95%. Esta informação encontra sustentação em dados publicados por Lippincott (2008), quando afirma que o gênero e a idade têm papel significativo na população afetada por hipertensão arterial, é mais comum em homens do que em mulheres, porém entre 50 e 60 anos as mulheres têm probabilidade um pouco maior em comparação aos homens. Acima de 60 anos a incidência de hipertensão arterial em mulheres é significativamente maior do que em homem.

Contudo, essa não é uma tese confirmada pela ciência. Há informações na literatura de que as mais recentes diretrizes de hipertensão arterial revelam que, mesmo a prevalência global da HA sendo discretamente maior entre os homens, o sexo não pode ser considerado fator de risco para esta doença (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Ressalte-se que os dados deste estudo foram coletados em uma UBS, cujos serviços são procurados em maior intensidade pelas mulheres. Em nossa cultura, elas procuram cuidar da própria saúde mais efetivamente que os homens, ate porque as mulheres tem maior participação em grupos que os homens. Assim não há significativa consistência nos dados deste estudo para afirmar que o sexo feminino é mais vulnerável à HA,

ou que eles signifiquem maior incidência desta doença em mulheres.

Quanto à escolaridade, a amostra deste estudo apresenta 14 sujeitos (36,84%) que concluíram o ensino fundamental, 13 (34,22%) deles com ensino fundamental incompleto e apenas 3 (7,84%) conseguiram terminar o ensino médio. Apenas 2 pessoas (5,26%) têm nível superior. Trata-se, portanto de uma amostra com baixo nível de escolaridade com implicações para a convivência co HA.

A situação torna-se ainda mais grave, quando se observa que 6 participantes do estudo, atingindo um percentual de 15,79% da amostra não detêm nenhuma escolaridade. Isso gera necessidade especial de comunicação e compromete a apreensão e compreensão das informações recebidas no âmbito dos serviços de saúde, gerando dependência de familiares para a tomada de medicação e outros cuidados (LENARDT, 2008).

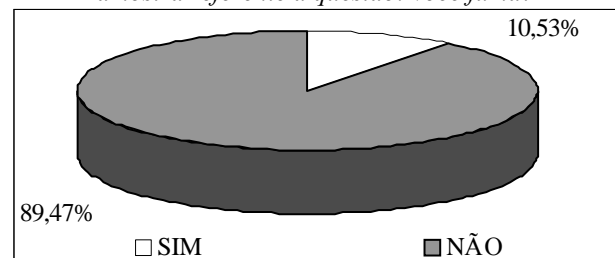
O nível de escolaridade torna-se um fator relevante, em que a baixa escolaridade funciona como um fator de risco para a hipertensão arterial, pois quando o individuo tem um maior grau de escolaridade ele torna-se mais esclarecido frente a qualquer problemática.

No que se refere a ocupação 12 (31,58%) da amostra são domésticas, 24 (63,16%) aposentados e 2 (5,26%) outros. Podemos perceber que mais de 50% da população entrevistada é aposentada, sendo responsável por seu próprio sustento e também de toda a sua família. O aposentado corre o risco da ociosidade, com todas as implicações que isso pode acarretar para a saúde do idoso. Urge, pois, desenvolver ações que promovam a senilidade ativa e saudável.

Quanto ao item renda familiar, 29 indivíduos sustentam sua família com apenas 1 salário mínimo, um dado altamente significativo, quando inserido em um contexto familiar de pessoas que precisam manter um padrão alimentar e um estilo de vida favoráveis ao controle da HA. Como se trata de um grupo de idosos, a questão alimentar é decisiva na saúde e qualidade de vida. O que é mais alarmante nessa situação é que 6 componentes (15,79%) da amostra estudada não possuem renda fixa. Apenas 2 indivíduos convivem com uma renda familiar de 2 salários mínimos, e outros 2 com 4 salários mínimos.

Consideramos oportuno ressaltar que o impacto da condição socioeconômica sobre a pressão arterial esteja relacionado tanto as maneiras sociais e financeiras para a assistência à saúde como a adição mais freqüente de estilo de vida favorável à promoção da saúde e qualidade de vida na senilidade ativa (CUNNINCHAN, 2005).

Gráfico 1 - Distribuição numérica e percentual da amostra referente à questão: você fuma?



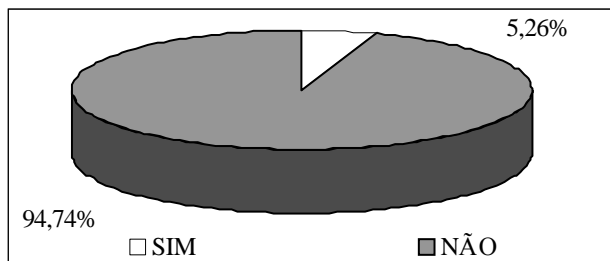
Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

No gráfico 1 dos 38 idosos integrantes da amostra neste estudo, 34 (89,47%) relataram não ser tabagista, enquanto 4 (10,53%) declararam fazer uso do cigarro. O fumo pode trazer bastante prejuízo para a saúde do indivíduo. Infelizmente essa prática vem passando de geração para geração. No caso dos dados colhidos nesta amostra, um percentual significativo não é favorável a essa prática, porém, constatou-se que aqueles representantes dos quase 11% da amostra correm todos os riscos decorrentes do tabagismo.

Ficou evidente na literatura revisada que o fumo causa um aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca, provavelmente medida pela nicotina que age como um agonista, adrenérgico, promovendo a liberação total e sistema de catecolamina, (dopamina, norepinefrina, vasopressina), então associados com sensações gratificantes e de prazer. Ao avaliarmos a renda, classe social dos indivíduos, que fizeram parte deste estudo, foi possível perceber que há mais fumantes no grupo de baixa renda do que no grupo de renda mais alta (LOTUFO, 2009).

Urge, pois, planejar e implementar ações que estimulem a conscientização e tomada de decisão para abandonar o vício de fumar e mudar para um estilo de vida favorável à saúde e uma senilidade ativa.

Gráfico 2 - Distribuição numérica e percentual da amostra referente à questão: você bebe?



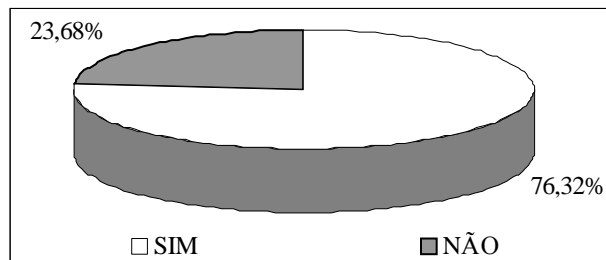
Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

O gráfico 2 mostra que 36 (94,74%) da população entrevistada não ingere bebida alcoólica, mas 2 (5,26%) referem que bebem. O álcool é mais um fator preocupante no tratamento de pessoas com hipertensão arterial. Por isso, mesmo que se trate de um pequeno grupo, precisa ser orientado quanto aos riscos do alcoolismo.

No caso de idosos com hipertensão se faz necessária a suspensão da ingestão do álcool. A presença do mesmo no organismo altera a pressão arterial dificultando o tratamento e colocando em risco a vida do indivíduo (BORELLI; SOUSA; PASSARELLI Jr, 2009). Principalmente em se tratando de pessoas com hipertensão arterial que não conseguem parar a ingestão de bebidas alcoólicas, é aconselhável que o consumo não ultrapasse de 30 ml de etanol ao dia contidas em 60 ml de bebidas destiladas (Uisque, Vodka, Aguardente, entre outras). A interrupção do consumo reduz o risco de acidente vascular encefálico, derrame e outras doenças isquêmicas do coração, infarto, doença vascular arterial periférica, trombose e morte súbita (AMODEO *et al.*,

2009).

Gráfico 3 - Distribuição numérica e percentual da amostra referente à questão: você afere a P.A. constantemente?

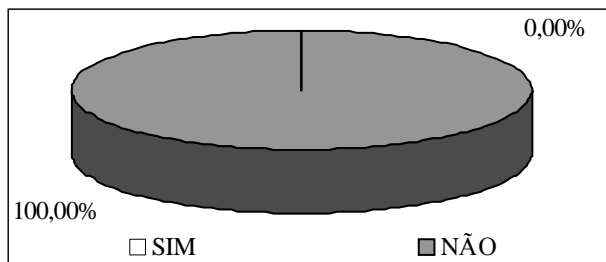


Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

O gráfico acima mostra que 29 (76,32%) dos idosos fazem a aferição da P.A. constantemente e 9 (23,68%) dos entrevistados relataram não aferir a P.A. com frequência. Isto gera preocupação, pois a população deverá procurar mensurar sua pressão arterial ao menos uma vez ao ano.

O idoso tem que aumentar progressivamente a aferição da P.A. com o avanço da idade, vivenciando as transformações ocorridas no sistema cardiovascular. A pressão arterial, que devido a diversos fatores, pode elevar-se a níveis pressóricos acima dos valores considerados normais, caracteriza quadro clínico conhecido como hipertensão arterial (DUTRA, 2009).

Gráfico 4 - Distribuição numérica e percentual da amostra referente à questão: você faz uso de alguma medicação para controlar a P.A. ?

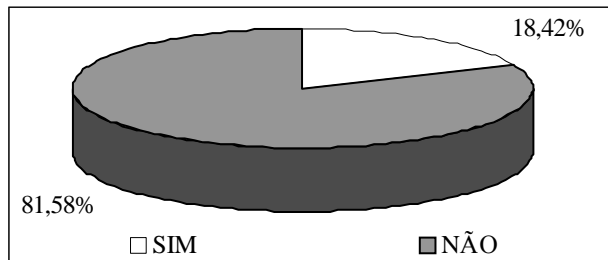


Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

Como pode ser observado no gráfico 4 temos um resultado glorioso, 38 (100%) dos entrevistados faz uso da medicação para controle da hipertensão arterial. O uso do medicamento torna-se necessário para o controle da P.A., tendo importância como fator de prevenção a risco de complicações.

Oportuno se faz ressaltar que o esquema terapêutico indicado para cada paciente deve ser suficiente para que se alcance o objetivo primeiro do tratamento medicamentoso, isto é reduzir os níveis de pressão pela V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, de acordo com a classificação do risco cardiovascular do paciente. Portanto, a escolha do esquema terapêutico é orientada pela meta da pressão arterial a ser alcançada (KOHLMANN JR.; RIBEIRO, 2009).

Gráfico 5 - Distribuição numérica e percentual da amostra referente à questão: *you have any difficulty in using medication?*



Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

As respostas dos sujeitos participantes deste estudo constantes do gráfico 5 evidenciam que a grande maioria de idosos 31 (81,58%) entrevistados não tem dificuldade de fazer uso da medicação, enquanto 7 (18,42%) tem dificuldade de fazer esse uso, o que talvez corresponda ao grupo sem nenhuma ou com baixa escolaridade, que dificulta a compreensão de novas situações que exijam mudanças e introdução de novos hábitos.

A meta do tratamento da hipertensão consiste em evitar complicações e até a morte ao atingir e manter a pressão arterial em 140/90 mmHg ou menos. Os pacientes com hipertensão não complicada e nenhuma indicação específica para o uso de medicamento podem ser tratados inicialmente com diuréticos, beta-bloqueadores ou ambos. A princípio os pacientes recebem doses baixas do medicamento até a pressão se normalizada, caso isso não ocorra, a dosagem do medicamento deve ser aumentada (SMELTZER; BARE, 2009).

Quadro 1 - Apresentação das dificuldades que os pacientes costumam ter para tomar a medicação.

DIFICULDADES	Nº DE SUJEITOS
Dor de estômago	02
Não lembra de tomar o medicamento	01
Falta de ar	01
O custo da medicação	01
Reações adversas	01
Não gosta do medicamento	01

Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

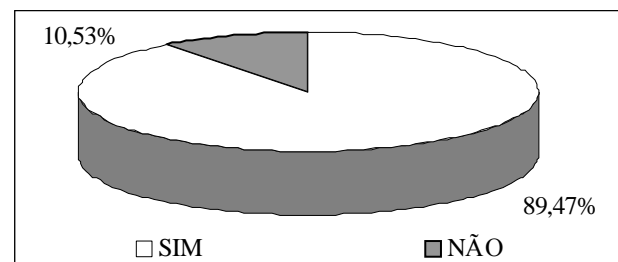
O quadro 1 apresenta depoimentos dos sujeitos participantes deste estudo relativos a dificuldades por eles referidas em relação à tomada da medicação. Dois componentes do grupo amostral afirmam sentir dor no estômago quando tomam a medicação. Um deles refere sentir falta de ar e outro diz sentir reações adversas, sem definir propriamente que reações são essas.

Os dados coletados neste estudo não são suficientes para que se busque explicar tais reações, considerando que nem sequer o nome do medicamento e a dose tomada foram informados. Contudo, a literatura revisada sugere que o medicamento anti-hipertensivo deve ser eficaz por via oral, ser bem tolerado, permitir a administração em menor número possível

de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária. Deve-se iniciar com a menor dose efetiva preconizada para cada situação clínica, podendo a mesma ser aumentada gradativamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dois outras informações aparecem no quadro 1: uma pessoa afirma não gostar do medicamento, sem entrar em detalhes, deixando uma lacuna quanto aos motivos de sua afirmativa; uma outra diz não lembrar de tomar o medicamento. São informações que demandam melhor investigação para levantar dados que possam subsidiar o planejamento de ações específicas em busca de soluções.

Gráfico 6 - Distribuição numérica e percentual da amostra referente à questão: *do you follow a diet?*



Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

Como pode ser observado no gráfico 6, 34 pessoas participantes deste estudo, em um percentual de 89,47%, portanto, bastante significativo, afirmam que fazem a dieta recomendada pelos profissionais de saúde. Este é um dado positivo, pois a dieta disciplinada é decisiva no controle da hipertensão arterial, quando associada a outros elementos como tratamento medicamentoso, realização de atividades físicas e de lazer, bem como um estilo de vida saudável, livre da ingestão de bebida alcoólica e do tabagismo.

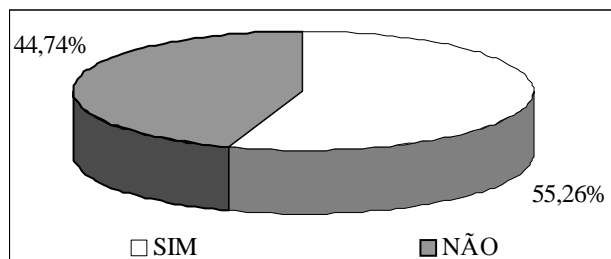
Contudo, aparece ainda no quadro 6 o depoimento de 4 entrevistados, representando um percentual de 10,53% da amostra, afirmando não conseguir fazer a dieta recomendada. Não apresenta um percentual alto, porém, a informação é gravíssima, considerando que sem dieta é impossível controlar a pressão arterial, ficando a pessoa desses idosos vulnerável a complicações que a doença favorece. Trata-se de dados que carecem ser melhor investigados.

A preocupação com aqueles, que não conseguem fazer a dieta recomendada é particularmente com a ingestão de sal e gorduras que estão presentes em suas refeições. Conforme relatos na literatura revisada, o sal tem sido um dos principais vilões do descontrole da HA, até mesmo pelo aumento no consumo de alimentos industrializados. Ressalta-se que o maior componente do sal dos alimentos não está na quantidade adicionada no preparo e sim, no sal que vem dentro do produto industrializado, que deve ser usado moderadamente (GIORGI; LOPES, 2009).

Convém lembrar que a dieta deve ser prescrita por um profissional, pois há algumas evidências de que as dietas muito restritas sem sal podem provocar efeitos colaterais indesejáveis para o sistema cardiovascular. As recomendações atuais da adição

de salinas dietas é de 4 a 6 gramas de sal por dia, em hipertensos sem lesões importantes de órgão-alvo. O ganho de peso é um dos principais determinantes para elevação pressórica com a idade. O exercício físico atua regulando e até reduzindo a pressão arterial (BORELLI; SOUSA; PASSARELLI Jr., 2009).

Gráfico 7 - Distribuição numérica e percentual da amostra referente à questão: você recebeu alguma orientação da equipe de enfermagem?



Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

No gráfico 7 pode ser observado um certo equilíbrio nas respostas, pois 21 (55,26%) dos entrevistados afirmaram que recebem orientação dos profissionais de enfermagem. Trata-se de um dado bastante preocupante, considerando que representa apenas um pouco mais da metade dos usuários da USB. Se essa informação é pertinente, questiona-se: o que estão fazendo os enfermeiros neste serviço, pois na atenção básica a orientação, a informação, o aconselhamento e o acompanhamento são de fundamental importância. Em outros termos, o que significa o cuidar, na atenção básica, exercido pelo enfermeiro e sua equipe? Contudo, essa informação pode estar relacionada à ausência das pessoas nas UBS, e por não receberem visitas domiciliares da enfermagem, o que agrava ainda mais sua contribuição.

O cuidado prestado pelo enfermeiro, no que visa ao bem estar do idoso traduz a essência da enfermagem, envolvendo uma interação em que a dinâmica da comunicação se processa à medida que o enfermeiro se relaciona com seu paciente hipertenso. Essa interação torna-se mais importante quando esses idosos são submetidos a plurimedicação, aumentando a necessidade do cuidado terapêutico e a responsabilidade por parte de quem cuida (COLOMBO; PLAUNIK, 2009).

Quadro 2 - Apresentação das orientações da equipe de enfermagem recebidas pelos idosos.

ORIENTAÇÕES	Nº DE SUJEITOS
Redução do consumo de sal e gorduras	17
Exercício físico	08
Medicação	13

Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

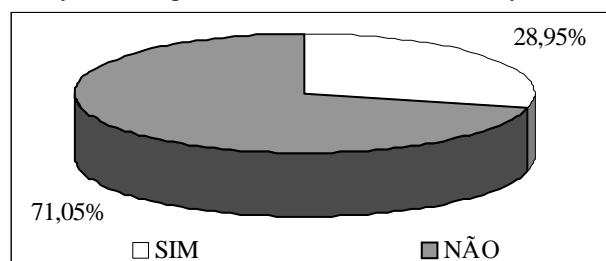
Como podem ser visualizadas no quadro 2, as orientações recebidas pelos idosos dos profissionais de enfermagem foram: redução do consumo de sal e gorduras, informadas por 17 participantes do estudo, e exercício físico, informado por 8 entrevistados. Portanto, apenas 13 dos 38 sujeitos referem ter

recebido orientações dos profissionais de enfermagem, o que é lamentável!

Fazendo uma comparação destes dados com os contidos no gráfico 7, constata-se importante discrepância nas informações, pois houve um grupo de 21 pessoas que informaram ter recebido informações dos profissionais de enfermagem. A partir desse desencontro de informações, inferimos que tais dados não são significativos, carecendo melhor investigação.

Quanto à equipe de enfermagem, é importante que o profissional passe informações aos pacientes, orientando quanto aos benefícios da adesão ao regime de tratamento, incluindo as alterações necessárias no estilo de vida e fazendo um acompanhamento mensal dessa pessoa para impedir o aumento da pressão arterial informá-la sobre quaisquer anormalidades da doença ou terapia medicamentosa (SILVA; COLÓSIMO; PIERIN, 2010).

Gráfico 8 - Distribuição numérica e percentual da amostra referente à questão: você realiza atividade física?



Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

O gráfico 8 revela que 11 (28,95%) da população idosa entrevistada faz algum exercício físico e 27 (71,05%) não realizam nenhuma atividade física, o que é bastante preocupante. Ressalta-se que o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle de peso. Os pacientes hipertensos devem iniciar atividades físicas regulares, pois as mesmas diminuem a pressão arterial e melhora a qualidade de vida de quem as realiza.

Mais precisamente o exercício físico regular além de reduzir a pressão arterial, diminui também a incidência de doenças coronárias e de acidentes vasculares encefálicos e de mortalidade em geral. Todos os pacientes devem ser orientados a participar de atividade física, a qual deve ser indicada conforme suas condições físicas, devendo ser observada a presença de lesões em órgãos alvo e a pressão arterial controlada (BORELLI, SOUSA e PASSARELLI Jr., 2009).

Quadro 3 - Apresentação das atividades físicas realizadas pelos entrevistados e a frequência que elas são realizadas.

QUAIS ATIVIDADES FÍSICAS	Nº DE SUJEITOS	FREQUÊNCIA
Ginástica	03	05 vezes por semana
Caminhada	08	05 vezes por semana

Fonte: pesquisa realizada em uma UBS, Patos-PB, 2012.

Conforme aborda a literatura revisada a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada. A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. A atividade física com caminhadas, ginástica, dança e outras formas promovem a saúde da pessoa idosa, ajudando a controlar os níveis pressóricos na corrente sanguínea, elevando a autoestima. Portanto, os profissionais de saúde devem orientar e estimular a pessoa idosa com HA a praticar atividade física regularmente, orientada e controlada por um profissional (MOURO *et al.*, 2012).

Os dados contidos no quadro 3 são extremamente importantes, tanto pelo insignificante número de pessoas que responderam, menos de um terço da amostra trabalhada neste estudo, como pelo significado que tem a atividade física no dia a dia da pessoa idosa com HA. Note-se que apenas 3 sujeitos fazem ginástica, e 8 deles fazem caminhada 5 vezes por semana, sem informar o tempo de duração dessas atividades, nem sua intensidade. Trata-se de uma necessidade urgente de orientação e acompanhamento por parte da equipe da UBS, particularmente, da equipe de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma doença crônica, com evolução silenciosa, de difícil diagnóstico precoce e início de tratamento, com dificuldade de adesão para seus portadores e com alta prevalência, constituindo-se assim em um problema de elevada magnitude. No entanto o progresso na terapêutica está relacionado com a conscientização dos pacientes quanto à importância de se fazer um tratamento correto para o controle da doença.

O perfil sócio demográfico revelou que no grupo amostral a hipertensão arterial acomete em maior número as mulheres em total de 71,05%. Com relação à idade 44,74% se encontra na faixa etária de 70 a 79 anos. Quanto ao grau de instrução 15,79% não têm nenhuma escolaridade e 34,22% possuem o ensino fundamental incompleto, provando de certa forma que a escolaridade tem influência no estado de saúde da população. Quanto à renda da população pesquisada, 76,32% vivem com um salário mínimo. Quanto à ocupação 63,16% são aposentados, concluímos que é insuficiente para garantir as necessidades básicas tornando-se improvável a adesão ao tratamento não medicamentoso e conseqüentemente ao tratamento

medicamentoso.

Durante a realização da pesquisa foram recebidas informações através de temas que constatarem resultados positivos e negativos com ações praticadas pelos idosos hipertensos, por exemplo: ingestão de álcool e tabagismo, controle da pressão arterial, redução da ingestão de sal e gorduras, prática regular de exercício físico, assim sendo acompanhado periodicamente com informações básicas para manter uma vida equilibrada por parte dos entrevistados.

Dos idosos participantes do estudo, 44,74% não recebem orientação da equipe de enfermagem o que se torna preocupante, pois o reconhecimento das complicações da hipertensão arterial possibilita as reabilitações psicológica, física e social dos portadores. É importante que os profissionais de enfermagem envolvidos na atenção básica promovam orientações e medidas preventivas, melhorando assim a qualidade de vida e uma melhor adesão ao tratamento dos acometidos com hipertensão arterial.

Da população entrevistada, 71,05% não praticam nenhuma atividade física o que é preocupante, pois a medicação aliada ao exercício físico tem sido um dos métodos utilizados no tratamento trazendo resultados benéficos para os idosos. É através dos exercícios físicos que o sedentarismo teve uma baixa, principalmente em casos de hipertensão arterial.

Diante do exposto, podemos concluir que os resultados do estudo poderão subsidiar o planejamento de ações educativas que visem conscientizar hipertensos e profissionais de saúde a adotarem condutas inerentes à prevenção da HA, no sentido de que esteja inserido na estratégia saúde da família. Os profissionais de saúde principalmente os enfermeiros realizando um trabalho de interação com o paciente poderão atingir um resultado positivo atuando como um agente multiplicador de ações e desenvolvendo intervenções educativas e estratégias motivacionais, voltadas para os portadores dessa patologia e seus familiares, por meio de abordagens multidisciplinares.

Após a realização deste estudo compreendi melhor como se dá a convivência de pessoas idosas com hipertensão arterial sistêmica sob a expectativa da saúde e qualidade de vida. A realização deste estudo possibilitou a elaboração de um texto que subsidiou discussões e reflexões acerca da temática hipertensão arterial sistêmica na população idosa. Nossa expectativa é que contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e seus familiares da área de estudo e para o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área.

R E F E R Ê N C I A S

- AMODEO, C. et al., O tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial In: SERRANO Jr, C. V. TIMERMAN, A. STEFANINI, E. **Tratado de cardiologia** SOCESP. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2009.
- BORELLI, F. A. O. SOUSA. M. G. PASSARELLI Jr, O tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. In: SERRANO Jr, C. V. TIMERMAN, A. STEFANINI, E. **Tratado de cardiologia** SOCESP. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2009.
- CARVALHO, FILHO E. T. F.; PAPALÉO, NETTO M. PASINI, Hipertensão arterial in: CARVALHO FILHO. E. T. PAPALÉO NETTO, M, **Geriatría fundamentos, clinica e terapêutica** – 2 ed. . São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- COLOMBO, F. M. C. PLAUNIK, F. L. Avaliação do paciente Hipertenso. In: SERRANO Jr, C. V. TIMERMAN A. STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia** SOCESP. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2009.
- CUNNINCHAM, S, Hipertensão Arterial; IN WOODS, S. L. FROELICHER, E. S. S, MOTZER, S. U. **Enfermagem em Cardiologia**, quarta Edição; Barueri; SP: Manole, 2005.

- DUTRA, L. C. **A Hipertensão Arterial no Idoso: Um olhar acerca do auto cuidado**, 2009. Disponível em: http://www.uern.br/pesquisa/encope_trabalho/sumo. Acesso em: 28/09/2012.
- GIORGI, D. A.; LOPES, F. H.; Tratamento de hipertensão arterial: Fundamentos e objetivos; IN SERRANO Jr, C. V. TIMERMAN, A. STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2ª Edição; Barueri; SP: Manole, 2009.
- KOHLMANN Jr, O RIBEIRO, A. B. Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial in: SERRANO Jr, C. V. TIMERMAN, A. STEFANINI, E. **Tratado de cardiologia SOCESP**. 2 ed. Barueri, SP: Manolo, 2009.
- LENARDT, M. H. et al. O sistema de conhecimento e de cuidado dos idosos em hemodiálise concernente a terapia medicamentosa. **Cogitare Enfermagem**, abr/jun; 13(2): 165-72, 2008.
- LIMA, C. B. **Dispositivos legais norteadores da prática da enfermagem**. 2 ed. João Pessoa: C. Bezerra de Lima, 2011.
- LIPPINCOTT; W. **Enfermagem Medicina – Cirúrgica**. Quarta edição. Tradução Ivam Lourenço Gomes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil. In: SERRANO Jr, C. V. TIMERMAN, A. STEFANINI, E. **Tratado de cardiologia SOCESP**. 2. Ed. Barueri, SP. Manole, 2009.
- MIRANDA, R. D. SOUSA, J. A. G. CAMPOS FILHO, J. Hipertensão arterial no idoso: o que é diferente in: SERRANO Jr; C. V. TIMERMAN, A. STEFANINI, E. **Tratado de cardiologia SOCESP**. 2 ed.. BARUERI; SP: Manole, 2009.
- MOURO, D. L. et al., Assistência de enfermagem no pé diabético: diretrizes preconizadas e suas reflexões na literatura. *Revista Nursing-ed. Brasileira*. Vol 171, n.15: 427- 433. Editorial Bolina Brasil Lita- Agosto, 2012.
- OLIVEIRA, Célida Juliana de. et al. **Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento**. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.33, n. 3, p.162-7. Universidade do Ceará, 2008.
- SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. – Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.06, n.03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br. Acesso em: 10/10/2011
- SILVA, S. S. B. E; COLÓSIMO, F. C; PIERIN, A. M. G; O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/35.pdf>. Acessado em: 13/11/2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Card.**, 2010.
- SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica de Brunner e Suddarth**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- WAJNGARTEN, M. RODRIGUES, G. H. P. Epidemiologia e avaliação diferenciada. In: SERRANO Jr; C. V. TIMERMAN, A. STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia**. SOCESP. 2 ed. Barueri; SP: Manole, 2009.
- RODRIGUES, M. M.; HOGA, L. A. K. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, Sept. 2005.
- RODRIGUES, R. M. Gravidez na Adolescência. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 19, n. 3, set. 2010.
- YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, Aug. 2006.

Data de recebimento para publicação: 15.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 22.04.2013.

temas em
saúde

Perfil Epidemiológico da Mortalidade por Causas Externas em Um Município Paraibano no Período de 2006 a 2010¹

Epidemiological Profile of Mortality in an External Causes City Paraibano The Period 2006 to 2010

Francilene de Araújo Mendes²

Erica Surama Ribeiro César Alves³

Edna Samara Ribeiro César⁴

Ana Paula Dantas Silva Medeiros⁵

Geane Gadelha de Oliveira⁶

Jamili Anbar Torquato⁷

RESUMO: A violência no Brasil é hoje compreendida como um dos maiores problemas enfrentados pela sociedade, consequências que em sua maioria dá origem a perda de vidas humanas, o que faz com que haja uma perda no ponto de vista de capital humano e econômico, pois representa grandes perdas de investimento além de afetar significativamente na capacidade produtiva. As mortes por causas externas no Brasil correspondem a uma parcela significativa no número de óbitos, apresentado as violências por arma de fogo e arma branca além dos acidentes de transito como principais causa no alto índice de mortalidade. Este trabalho nos permitiu compreender, sobre essa problemática tão evidente nos dias atuais. Tendo como objetivo realizar um estudo epidemiológico sobre a mortalidade por causas externas no período de 2006 a 2010 em um município do sertão Paraibano. Tratou-se de uma pesquisa aplicada quantitativa, documental que se assemelha muito com a pesquisa bibliográfica, porém se diferencia por utilizar de materiais que ainda não receberam tratamento analítico. Constatou-se que a cada ano o número de óbitos vem crescendo e em 5 anos de ocorrência o número de óbitos dobrou, chegando a uma taxa de mortalidade de 111,2% de óbitos. Em relação ao numero de óbitos proporcional por acidente de transito nota-se que houve um aumento proporcional de mortalidade no período estudado, em 2008 e 2010 se destacaram com os maiores coeficientes 2,84% e 3,86% respectivamente, havendo uma queda no percentual no ano de 2009 (2,47%), estando a população masculina em todas a variáveis como a com maior incidência. estudo torna-se um importante instrumento epidemiológico para nosso município e região trazendo dados importantes sobre um grupo de indivíduos durante um determinado período, servindo como embasamento para estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde e governos buscarem procurar meios que possam reduzir tal agravante.

UNITERMOS: Causas Externas. Epidemiologia. Mortalidade.

ABSTRACT: Violence in Brazil today is understood as one of the biggest problems facing the society, consequences that mostly leads to loss of human lives, which means there is a loss in view of economic and human capital, it represents great investment losses in addition to significantly affect productive capacity. Deaths due to external causes in Brazil represent a significant portion of the number of deaths, violence presented by firearms and melee weapon besides the major car accidents as the top cause mortality. This study allowed us to understand about this problem so evident today. Aiming conducting an epidemiological study on mortality from external causes in the period from 2006 to 2010 in a city in the backlands of Paraíba. It was an applied research quantitative documentary that is very similar to the literature, but differs by using materials that have not yet received analytical treatment. It was noted that each year the number of deaths is increasing and occurring in 5 years the number of deaths doubled, reaching a mortality rate of 111.2% of deaths. Regarding the proportional number of deaths by car accident note that there was a proportional increase in mortality during the study period in 2008 and 2010 stood out with the highest rates 2.84% and 3.86% respectively, with a fall in percentage in 2009 (2.47%), while the male population in all the variables such as a higher incidence. study is an important epidemiological tool for our county and region bringing important data on a group individuals during a given period, serving as a foundation for students, researchers, health professionals and governments seek to look for ways that can reduce such aggravating.

KEYWORDS: External Causes. Epidemiology. Mortality.

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

2. Acadêmica do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Técnica de Enfermagem da UTI do HRP. Endereço para correspondência: Rua Guardalajara nº 30, Bairro: São Sebastião, Patos - PB. E-mail para correspondência francilenetec@gmail.com.

3. Mestranda em Ciências da Saúde Pela UNICSUL SP, Profª das Faculdades Integradas de Patos. E-mail para correspondência ericasurama@bol.com.br.

4. Mestranda em Nutrição pela UFPB - PB, Profª da FESVIP, Mauricio de Nassau e FACENE.

5. Mestranda em Ciências da Saúde Pela UNICSUL SP, Profª das Faculdades Integradas de Patos.

6. Especialista em Saúde Coletiva Pela FIP, Profª das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

7. Fisioterapeuta, Doutora em Patologia, Docente no Programa de Mestrado em Ciências da Saúde na Universidade Cruzeiro do Sul - São Paulo.

INTRODUÇÃO

As mortes por causas externas no Brasil corresponde a uma parcela significativa no número de óbitos, configurando-se como inquestionável desafio aos gestores de políticas públicas, especialmente aos dirigentes e profissionais do setor saúde. As causas externas de morbidade e mortalidade compreendem as lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos).

Na série histórica entre o período de 2000 a 2010, as causas externas estão codificadas pela 10ª Revisão de Classificação de Doença CID 10. Sua tabulação e codificação estão definidas no capítulo XX referente às “Causas Externas de Morbidade e Mortalidade”, nas categorias V01 a Y98 (OMS, 1993).

A violência no Brasil é hoje compreendida como um dos maiores problemas enfrentados pela sociedade, conseqüências que em sua maioria dá origem a perda de vidas humanas, o que faz com que haja uma perda no ponto de vista de capital humano e econômico, pois representa grandes perdas de investimento além de afetar significativamente na capacidade produtiva.

As mortes por causas externas no Brasil, corresponde a uma parcela significativa no número de óbitos, apresentado as violências por arma de fogo e arma branca além dos acidentes de trânsito como principais causa no alto índice de mortalidade externas em nosso país (CARDONA e AGUDELO 2007).

Os óbitos provenientes de causas externas fazem parte de estatísticas dramáticas no Brasil, representando uma questão de saúde pública em diversos setores da atenção a saúde no ano de 2001, mais de 120 mil pessoas foram vitimadas, levantando um perfil realístico do problema (CARVALHO *et al* 2007).

Para Matos (2007), as estatísticas de mortalidade são freqüentemente utilizadas para avaliação do estado de saúde das populações, planejamento de políticas públicas e para dimensionar o impacto de intervenções, a comparação entre diferentes padrões de mortalidade sugere hipóteses etiológicas a serem testadas.

Entre a violência e os acidentes encontram-se os Acidentes de Transportes, Homicídios e Suicídios, grupos, que têm sido responsáveis pelas principais causas de óbito por causas externas, no Brasil e muitas regiões do mundo, tanto nas áreas desenvolvidas como nas que se encontram em desenvolvimento.

O município de Patos vem se destacando pelo número elevado de acidentes, e o crescimento da violência vem a cada dia se tornando palco de reportagens policiais, com índices de criminalidade aumentando, tendo como grupo de risco a população jovem, ex detentos, apenados, geralmente sem qualificação profissional, sem perspectiva no mercado de trabalho formal e que residem em áreas de risco. As causas segundo as autoridades policiais se relaciona a organização do crime em torno do narcotráfico e do uso de drogas nos grandes perímetros urbanos.

Em decorrência do crescimento dessa violência na população jovem e o elevado índice de acidentes surgiu o interesse em conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade por esses grupos de causas no município de Patos-PB e avaliar

e identificar, ao longo do tempo, o sexo e as faixas etárias mais vulneráveis.

Busca-se nesse trabalho analisar o fenômeno em seu aspecto mais extremo: o óbito. Do ponto de vista dos óbitos decorrentes de acidentes e violências, os números, elevados e crescentes, vão implicar em indicadores de saúde bastante negativos para as diferentes populações. Sua ocorrência, principalmente nas faixas etárias jovens, vai fazer com que as pessoas deixem de viver anos que lhes eram destinados segundo a esperança de vida do país.

Este trabalho nos permitirá compreender, sobre essa problemática tão evidente nos dias atuais como a mortalidade por causas externas e dessa forma poderemos, identificar fatores os quais levam esta estatística a crescer cada dia. Não é sem razão que a violência tem sido considerada um problema de saúde pública porque, ao lado de afetar a saúde individual e coletiva, exige, para a sua prevenção e tratamento, a formulação de políticas específicas e a organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal com abordagem quantitativa. Quanto aos procedimentos técnicos será uma pesquisa documental. A realização de todas as etapas do estudo ocorreu no município de Patos entre os meses de agosto e outubro de 2012.

A população foram os óbitos referentes a três grupos de causas externas: Acidentes de Transportes, Agressões e Suicídios ocorridos na população residentes no município de Patos no período de 2006 a 2010. Estes critérios foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SIM/VS), disponibilizados na base de dados do DATASUS/ Informações de Saúde/Mortalidade. Os critérios de inclusão foram os óbitos classificados segundo sexo, faixa etária, ano de ocorrência e local de residência. Foram excluídos os óbitos com idade inferior a 15 anos e superior a 59 anos.

A coleta de dados desse estudo foi dividida em três etapas. Nesse procedimento, pretende-se elaborar uma análise descritiva das informações da Secretaria Municipal de Saúde de Patos (SEMUSA), através de tabelas extraídas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). A primeira etapa analisou a tendência da mortalidade por causas externas no município de Patos-PB no período de 2000 a 2010, tais informações possibilitou realizar o cálculo da taxa de mortalidade por causas externas para cada ano. Para o cálculo do coeficiente específico de mortalidade por causas externas foi utilizado como método a fórmula a seguir, baseada nos Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações (OPAS, 2008).

Método de cálculo para o coeficiente de mortalidade específico por causas externas:

$$\frac{\text{Nº de óbitos de residentes por causas Externas}}{\text{do ano}} \times 100.000$$

População total do município no ano

A segunda etapa foi conhecer a mortalidade proporcional

por Acidentes de Transporte, Homicídios e Suicídios, para tanto foi utilizado o cálculo da Mortalidade Proporcional por causas externas, também baseado no OPAS (2008).

Número de óbitos por determinada causa (ou grupo de causas) no período X 100

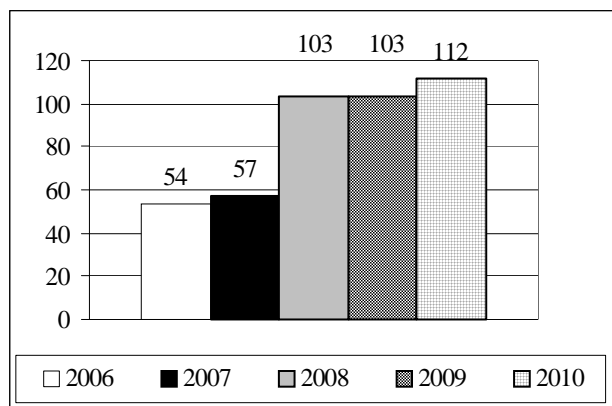
Todos os óbitos no período

A terceira etapa foi apresentar a mortalidade por Acidentes de Transporte, Homicídios e Suicídios, segundo faixa etária e sexo no município de Patos-PB. Os dados de estimativa populacional no período em questão foram obtidos no site do IBGE (IBGE, 2010).

Os dados foram analisados através do programa Graf Pad Prism (versão 4.00). A associação entre as variáveis dependentes e independentes será verificada por meio do teste Qui-quadrado considerando $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%. Os dados foram tabulados através de tabelas e gráficos. Para isso foram usados programas informatizados Excel e Power point.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Gráfico 1 - Distribuição numérica de óbitos por ano por causas externas e taxa de mortalidade*



Taxa de Mortalidade * por 100.000 habitantes - Fonte: Data SUS 2012.

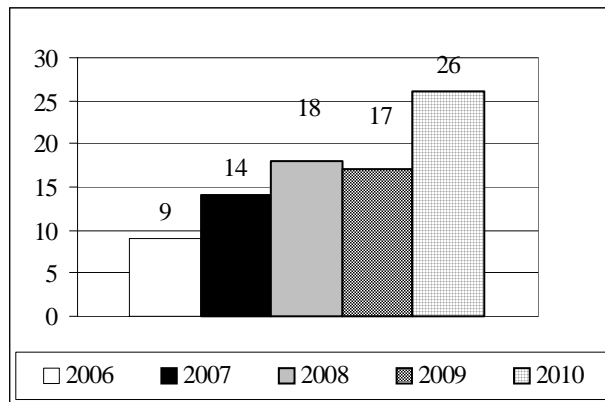
O gráfico 1 traz o número total de óbitos por ano por causas externas ocorridos no município de Patos-PB no período de 2006 a 2010 e a Taxa de Mortalidade Geral. Observa-se que a cada ano o número de óbitos vem crescendo, ao analisar o gráfico os anos de 2006 e 2007 aproximam-se quanto ao número de óbitos, enquanto os anos de 2008 e 2009 mantiveram o mesmo número de casos, e o que chama atenção é o ano de 2010 chegando há 112 casos de óbitos por causas externas. Em 5 anos de ocorrência o número de óbitos dobrou, chegando a uma taxa de mortalidade de 111,2% de óbitos.

Frente a tal impacto, percebe-se que a Secretaria Municipal de Saúde deve ir além da assistência e reabilitação das vítimas, deve-se ocupar, também, da promoção à saúde, prevenção e vigilância epidemiológica de acidentes e violências.

Em seu estudo Brasil (2010), verificou que as causas externas permanecem como um importante problema de saúde pública no Brasil, além de grande desafio para às autoridades

sanitárias apresentando o gênero masculino como principal acometido por esse tipo de causas. Evidências obtidas em vários países mostram que esse tipo de incidente pode se prevenido através de ações protagonizadas pelo setor saúde em parceria com outros órgãos inter-relacionados. Conhecer a magnitude, caracterização e tendências da mortalidade por causas externas no Brasil pode auxiliar os tomadores de decisão no sentido de implantarem ações eficazes na redução e prevenção desses eventos.

Gráfico 2 - Distribuição numérica de óbitos e mortalidade proporcional por Acidente de Trânsito



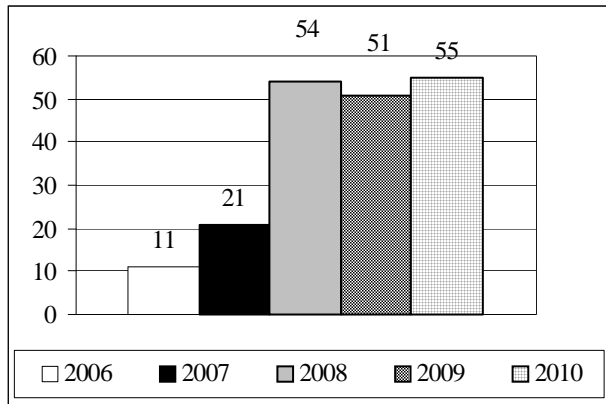
Fonte: Data SUS

Observa-se no gráfico 2 o número de óbitos e mortalidade proporcional por Acidente de Trânsito na série histórica de 2006 a 2010. Nota-se que houve um aumento proporcional de mortalidade no período estudado, em 2008 e 2010 se destacaram com os maiores coeficientes 2,84% e 3,86% respectivamente, havendo uma queda no percentual no ano de 2009 (2,47%). Isso é consequência de aventuras que transforma uma liberdade responsável em liberdade assassina gerando custos imensuráveis com despesas médico-hospitalares e psicossociais, que não atingem apenas o indivíduo afetado, mas a outros próximos, como familiares e amigos.

Em seu estudo Brasil (2007), observou que a proporção de óbitos aumenta à medida que aumenta a renda do município, sendo que a maior taxa de óbitos ocorreu em municípios com monitorização média algo em torno de 0,11 até 0,30 veículos por habitantes em números proporcionais.

De acordo com o autor supracitado, municípios de pequeno porte até 20 mil habitantes respondem por 19,3% dos óbitos por acidentes envolvendo transportes terrestres, municípios com 20 a 100 mil respondem por 30,9% dos óbitos, já municípios com 100 a 500 mil habitantes apresentam 26,6% dos óbitos, já aqueles municípios que possuem número de habitantes acima de 500 mil respondem por 23,6% dos óbitos.

Gráfico 3 - Distribuição numérica de óbitos e mortalidade proporcional por agressões



Fonte: Data SUS

O gráfico 3 apresenta os números de óbitos e as mudanças na mortalidade por agressões no município de Patos nos anos de 2006 a 2010. Os dados demonstram que no decorrer dos anos, os coeficientes de mortalidade, tornaram-se mais intensos, ano a ano, o que retrata, de forma incipiente, o crescimento de violência no município. O ano de 2008 teve destaque como o maior coeficiente de mortalidade chegando a 9%.

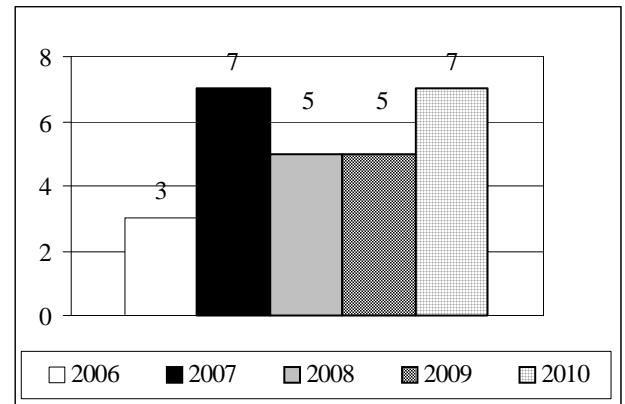
Atualmente o município de Patos vem sendo palco de reportagens policiais, com índices de criminalidade aumentando a cada dia, tendo como grupo de risco a população jovem, ex detentos, apenados, geralmente sem qualificação profissional, sem perspectiva no mercado de trabalho formal e que residem em áreas de risco. As causas segundo as autoridades policiais se relaciona a organização do crime em torno do narcotráfico e do uso de drogas nos grandes perímetros urbanos.

Lima *et al* (2008), destacou em seu estudo que entre os inúmeros determinantes dos óbitos por causas externas, observa-se que o risco de mortes por agressões, é dentre todos o que mais se destaca na mortalidade por causas externas, estando a população masculina como a mais prevalente quando se trata em óbitos por agressões.

Neves, Iceri e Ramos (2012), em seu estudo sobre a violência urbana em um município o Paraná no período de 2006 a 2010, ao colherem dados do Corpo de Bombeiros do PR obtiveram os seguintes resultados, a população masculina foi a que mais sofreu agressões totalizando uma média de 45 casos por ano, em contra partida a população feminina apresentou 13 casos. Porém o número de óbitos foi relativamente baixo em comparação ao nosso estudo apresentando 3 óbitos durante todo o período.

Ao analisarmos os dados obtidos em nosso estudo em comparação ao de Neves, Iceri e Ramos (2012), podemos atribuir a baixa incidência no número de óbitos ao se considerar a população de habitantes daquele município que está em torno de 64.500 habitantes, e o seu afastamento dos grandes centros, o que nos leva a crer que a taxa de violência neste município é baixa. Portanto apresentando dados menores com o nosso.

Gráfico 4 - Distribuição numérica de óbitos e mortalidade proporcional por lesões auto provocadas voluntariamente (suicídio)



Fonte: Data SUS

O gráfico 4 demonstra o número de óbitos e o comportamento da mortalidade por suicídio no município de Patos no período de 2006 a 2010. Nos anos apresentados, a mortalidade por suicídios apresentou oscilações e valores mais baixos em relação aos outros grupos estudados. No decorrer da série histórica, houve um aumento considerável no coeficiente de mortalidade em 2007 (1,24%), manteve-se constantes nos anos de 2008 e 2009, porém, por se referir a um tipo de violência auto provocada, constitui um grupo de causa preocupante para os profissionais e o sistema de saúde, no entendimento de seus determinantes.

De acordo com Minayo *et al* (2012), os dados frente a óbitos por suicídio no revela que tal incidência distribui-se desigualmente pelo mundo, pelos países, entre os sexos, grupos de idade e modo de interpretação, em termos globais o suicídio mata mais que os homicídios e as guerras.

Segundo os autores supracitados, no Brasil a incidência de suicídio representa pouca representatividade no total de óbitos, correspondem a 5,6% das mortes por causas externas. No Brasil 4,9 mortes por suicídio por 100 mil habitantes no ano de 2008. Fazendo com que ocupasse o 73º lugar no ranking mundial.

Tabela 1 - Número de óbitos por acidentes de transporte segundo faixa etária e sexo Patos - PB

ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA - SEXO AGRESSÃO						
ANO	15 a 19 anos (M-F)	20 a 29 anos (M-F)	30 a 39 anos (M-F)	40 a 49 anos (M-F)	50 a 59 anos (M-F)	Total Geral
2006	1-0	3-0	2-0	1-0	1-1	9
2007	1-0	4-0	4-0	2-1	2-0	14
2008	1-1	4-0	6-0	2-0	4-0	18
2009	1-0	5-0	5-1	2-0	2-1	17
2010	1-0	9-1	9-1	2-0	3-0	26
Total por Gênero	(5-1)	(25-1)	(26-2)	(9-1)	(12-1)	84

Fonte: Data SUS

Na tabela 1, podemos observar a incidência de óbitos

por acidentes de transportes nos gêneros masculino e feminino e faixa etária, no período de 2006 à 2010. Observa-se que a faixa etária que corresponde ao maior número de casos está entre 20 e 39 anos respondendo por 54 casos de um total de 84 óbitos, frente aos dados nota-se que a população masculina é a mais acometida por este tipo de acidente totalizando 77 óbitos, quanto a população feminina durante o período estudado apresentou apenas 7 óbitos.

Verifica-se na tabela 1, que os dados obtidos quanto ao gênero e faixa etária são parecidos com o que diz Brasil (2010), quando eu seu estudo afirma que os indivíduos mais vulneráveis à morte por causas externas são os homens, adultos jovens de 20 a 39 anos, principalmente quando analisamos os acidentes de transportes terrestre, destacando-se o auto índice de mortalidade entre os motociclistas.

Conforme Sinagawa *et al* (2008), as mortes por causas externas atingiu proporções tão grandes que isso vem refletindo na expectativa de vida da população, especialmente entre o gênero masculino, reforçando o estudo do autor anterior, indo mais além quando traz em números que os homens apresentam 6,3 vezes maior risco do que uma mulher.

Entre os principais fatores de óbitos por acidente de transito hoje no Brasil destaca-se o uso do álcool como principal fator para esse tipo de acidente, por ter custo relativamente baixo e de livre acesso entre a população torna-se importante fator contribuinte para o aumento de óbitos por acidente de transito no Brasil, em números isso quer dizer que aproximadamente 70% dos acidentes de transito violentos com morte, o álcool é o responsável (ABREL; LIMA; ALVES, 2006).

De acordo com o “Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes no Trânsito”, da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado em 2005, os acidentes nas estradas mataram um milhão e duzentas mil pessoas em todo o mundo, no período de um ano, deixando 50 milhões feridas, cujos cuidados médicos custaram US\$ 65 bilhões de dólares (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2006).

Tabela 2 - Número de óbitos por agressões segundo faixa etária e sexo Patos-PB

ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA - SEXO AGRESSÃO						
ANO	15 a 19 anos (M-F)	20 a 29 anos (M-F)	30 a 39 anos (M-F)	40 a 49 anos (M-F)	50 a 59 anos (M-F)	Total Geral
2006	1-0	6-1	1-0	2-0	0-0	11
2007	3-1	6-0	4-1	4-1	1-0	21
2008	7-0	27-2	13-1	5-0	0-1	54
2009	11-0	25-1	9-1	4-0	1-0	51
2010	9-2	20-1	15-0	5-0	3-0	55
Total por Gênero	(31-3)	(84-5)	(42-3)	(20-1)	(4-1)	192

Fonte: Data SUS

Na tabela 2 - observa-se a mesma tendência quanto o número de casos por gênero, apresentando o sexo masculino a maior incidência de óbitos por causas externa para o período estudado, destacando-se a faixa etária de 15 à 49 anos como maiores índices desse tipo de acidente. É notório também que

precisamente na faixa etária de 20 à 29 anos concentra-se o maior número de casos correspondendo a um total de 84 casos para o gênero masculino, quanto a feminino para está faixa etária relatou-se apenas 5 casos.

A uma atenção a mais com relação ao número de óbitos por agressões, para o gênero masculino, atribui-se tamanho índice alarmante a outros fatores tipicamente conhecidos no dia-a-dia em nosso país à violência de modo geral, hoje evidente pelo crescimento do tráfico de drogas e suas associações, desta forma a violência urbana nos grandes e pequenos municípios do nosso país está cada dia aumentando tornando-simpotante problema de saúde pública.

Segundo Camargo (2007), estudos da década de 70 enfatizavam a preocupação em relação aos óbitos provenientes por agressões tal variável não resulta no maior índice de óbitos por essa conseqüência mais contribui significativamente para o aumento, estando jovens do sexo masculino como os principais acometidos.

Tabela 3 - Número de óbitos por Lesões auto provocados voluntariamente segundo faixa etária e sexo Patos-PB

ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA - SEXO LESÕES AUTO PROVOCADOS VOLUNTARIAMENTE (SUICÍDIO)						
ANO	15 a 19 anos (M-F)	20 a 29 anos (M-F)	30 a 39 anos (M-F)	40 a 49 anos (M-F)	50 a 59 anos (M-F)	Total Geral
2006	0-1	0-0	1-0	0-0	1-0	3
2007	0-0	3-0	3-1	0-0	0-0	7
2008	0-0	0-1	3-0	1-0	0-0	5
2009	1-0	1-0	1-0	0-1	0-1	5
2010	0-0	1-0	1-0	3-0	2-0	7
Total por Gênero	(1-1)	(5-1)	(9-1)	(4-1)	(3-1)	27

Fonte: Data SUS

Na tabela 3, vê que a predominância de lesões alto provocadas voluntariamente é maior entre o sexo masculino estando as faixas etárias de 20 à 59 anos com maior incidência, no geral observa-se que durante o período pesquisado houveram 22 óbitos masculino e 5 feminino.

Segundo Brasil (2008), o suicídio é definido como o ato de causar e cessação da própria vida, sendo uma das dez principais causas de mortes em todo o mundo chegando a ocupar a terceira posição entre as mortes ocorridas na faixa etária de 15 à 35 anos.

Morrem aproximadamente um milhão de pessoas por suicídio no mundo a cada ano, gerando uma taxa global de 16 mortes por 100 mil habitantes, superior às causadas por guerras e homicídios combinadas (SOUZA *et al.*, 2011). As lesões alto provocadas voluntariamente (suicídio) constituem-se de um grave problema de saúde pública em especial pelo fato de está crescendo na população jovem (ZANDONADE e MACENTE, 2010).

Observa-se na tabela através das faixas etárias onde o número de suicídio é mais presente, que trata-se de indivíduos ainda jovens, o fator que pode levar a um indivíduo cometer esse tipo de lesão pode está relacionado a mudanças de desenvolvimento, níveis sociais, familiares, físicos e afetivos.

Tais mudanças embora normais possam levar o indivíduo a experimentar crescentes ansiedades e angústia, aumentando o risco de problemas emocionais dentre os quais sintomas depressivos e risco de suicídio parecem estar entre os mais preocupantes (ORES, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os óbitos por causas externas contabilizam-se como importante causa de mortalidade no Brasil e no Mundo, e a sua ocorrência vem aumentando a cada ano, nos pequenos e grandes municípios gerando grande impacto na população. Observou-se no estudo que os óbitos por causas externas no município de Patos seguiu-se a tendência mundial apresentando importantes crescimento no período estudado.

Os coeficientes específicos de mortalidade, apresentados na série histórica de 2006 a 2010 no município de Patos apresentaram crescimento contínuo, e em cinco anos de ocorrência a mortalidade por causas externas praticamente dobrou apresentando uma ascensão significativa na região de Patos em

termos de óbitos populacionais.

Os coeficientes específicos de mortalidade proporcional apresentaram em todos os grupos estudados incrementos percentuais aumentados ano a ano, com maior destaque a mortalidade proporcional por agressões.

Nota-se que a população masculina foi a mais acometida em todas as variáveis estudadas apresentando-se mais clara na faixa etária de 15 a 49 anos, portanto considerada uma população jovem.

A magnitude dos problemas nesses grupos de causa se destaca, quando os dados acusam a perda da população economicamente ativa, indivíduos jovens, em idade produtiva, limitando, desnecessariamente, o almejado aumento da esperança de vida, nesse contexto a sociedade visivelmente sofre cada vez mais pelas perdas precoces de vida.

Por fim este estudo torna-se um importante instrumento epidemiológico para nosso município e região trazendo dados importantes para investigar com mais precisão a elaboração de diagnósticos regionalizados, no intuito de subsidiar políticas públicas capazes de minimizar esses agravos.

R E F E R Ê N C I A S

- ABREU, A.M.M; LIMA, J.M.B; ALVES, T.A. O impacto do álcool na mortalidade em acidentes de trânsito: uma questão de saúde pública. Esc. **Anna Nery** 2006; 10 (1): 87-94.
- BRASIL, **Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 11 a 2009**. Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília 2010.
- _____, Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz II - Painel de indicadores do SUS nº 5**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
- _____, **Custos das mortes por causas externas no Brasil**. Brasília abril 2007.
- CARVALHO, A. X. *et al.* Custos das mortes por pessoa no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Texto para discussão nº 1268**. Brasília, abril de 2007.
- CARDONA, D. AGUDELO, H. B. Tendencias de mortalidad en población adulta, Medellín, 1994-2003. **Biomedica**. P. 27 - 352, 2007.
- CAMARGO, A. B. M. Mortes por causas violentas no estado de São Paulo: a influência das agressões. **São Paulo em Perspectiva**, v. 21, n. 1, p. 31-45, jan./jun. 2007.
- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. População. Censos demográficos. Censo 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 03 de nov 2012 .
- LIMA, J. R.C. et al., Estudo da mortalidade pelas principais causas de violência em fortaleza, 1998-2007. **RBPS** 2008; 21 (4) : 246-254.
- MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. In: Minayo M. C. S, Souza E. R, organizadoras. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. P. 23-47.
- OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.
- OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSAs. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10ª Ver (CID 10) São Paulo: USP; 1993. Cap 20, p. 1013 - 130
- ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Acidentes de trânsito matam 1,2 mi por ano**. Acesso em: 21 outubro. 2012. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/view_news.php?id=3123>. 2.
- REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. - 2. ed. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.
- SOARES, L. C et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):305-312, fev, 2012
- SOUZA, S. P. O; NETTO, O. B. S. Acidentes e violências causam 700 mil internações e gasto de R\$ 900 milhões. **Publicação Científica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CEUT**. V. 13, 29. ed, 2010.
- SINAGAWA, D.M. et al. Uso de álcool por vítimas de morte violenta no Estado de São Paulo. Uso de álcool por vítimas de morte violenta no Estado de São Paulo Saúde, **Ética & Justiça**. 2008;13 (2): 65-71.

Data de recebimento para publicação: 15.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 23.04.2013.

Nível de Satisfação sobre a Assistência Realizada Pelo Enfermeiro¹

Satisfaction Level of Assistance Held By Nurse

Aline Amorim da Costa²

Geane Gadelha de Oliveira³

Kilmara Melo de Oliveira Souza⁴

Sheila da Costa Rodrigues Granjeiro⁵

RESUMO: A gravidez é uma experiência complexa com aspectos diferentes para cada mulher. Além da dimensão biológica é um processo social que envolve a família e o meio, em que a mulher está inserida. Para que a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a detecção precoce de situações de risco ocorram de maneira segura é importante o acompanhamento da mulher durante as consultas de pré-natal com enfermeiro. O presente estudo teve como objetivo Identificar o nível de satisfação das gestantes sobre a assistência prestada no pré-natal com enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Este estudo foi de caráter exploratório descritivo com abordagem quantiqualitativa, realizado entre julho e agosto de 2012. Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista estruturado, subdividido em duas partes, contendo perguntas objetivas e subjetivas. A amostra foi constituída por 38 gestantes cadastradas que realizam o pré-natal na Estratégia Saúde da Família do referido município. Os resultados apontaram que 28 (73,7%) das gestantes iniciam seu pré-natal no primeiro trimestre, 21 (55,3%) possui um filho, 36 (94,7%) afirmaram comparecerem as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro, 37 (97,4%) se sentem motivada em comparecer as consultas de pré-natal, 29 (76,3%) afirmam que a consulta realizada pelo enfermeiro não necessita de melhorias esta tudo positivo, 34 (89,5%) afirmou que a consulta com o enfermeiro correspondem suas expectativas, e 27 (71%) se sentem satisfatória com a consulta. Esse estudo ajudou a comprovar que o enfermeiro vem conquistando e ganhando a confiança das mulheres durante as consultas de pré-natal.

UNITERMOS: Gravidez. Gestação. Pré-natal.

ABSTRACT: *Pregnancy is a complex experience with different aspects on each woman. Aside from the biological aspect, it is also a social process which involves different parts, including the family and the social group in which the woman is inserted. In order to promote adequate healthcare, the prevention of diseases and early diagnosis of risky factors it is important that women are assiduous in their prenatal appointments with a professional. The current work aimed at identifying the level of satisfaction of the pregnant ladies with the prenatal assistance they received from the nurse in the Family Healthcare Strategy Center. It was an exploratory descriptive study with a quanti-qualitative approach conducted between July and August 2012. The instrument used for data collection was a non-structured survey questionnaire divided in two sections containing multiple choice and free response questions. The samples comprised 38 pregnant ladies enrolled in the prenatal care program from the Family Healthcare Strategy Center of the referred town. The results showed that 28 (73,7%) of the pregnant women initiated their prenatal in the first trimester; 21 (55,3%) have one child, 36 (94,7%) affirmed having their prenatal appointments with a nurse professional; 37 (97,4%) feel motivated to show up for the prenatal appointments; 29 (76,3%) declared the attention they received from the nurses do not require further improvements and every thing is positive; 34 (89,5%) asserted that the appointment with the nurse fulfills their expectations; 27 (71%) feel satisfied with the appointment. This study helped to prove the nursing professional has earned and gained the women's trust during their prenatal appointments.*

KEYWORDS: *Pregnancy. Gestation. Prenatal.*

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

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

Correspondência: Rua Severino Rêgo, nº 13, Centro. CEP: 58735000. Teixeira - PB. E-mail: aline_amorim23@hotmail.com.

3. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

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

5. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período especial, em que ocorrem alterações fisiológicas que envolvem todos os sistemas da mulher, gerando expectativas, emoções, ansiedade, medos e descobertas, exigindo orientações e conselhos para ajudá-la a lidar com a gestação, seu cuidado pessoal, preparo para o parto e para a maternidade (SANTOS, 2004).

O Pré-Natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde das mulheres grávidas e dos recém-nascidos e o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico dos problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes; é um momento de acolhimento e acompanhamento da mulher desde o início da gravidez, tem como objetivo assegurar, o final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada torna-se fundamental para a saúde materna e neonatal, a fim de que os coeficientes de mortalidade sejam diminuídos. Para tanto, a assistência necessita contemplar ações de prevenção e promoção da saúde, além do diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem no período gravídico puerperal (BRASIL, 2005).

A assistência pré-natal é um dos pilares nos cuidados que a gestante recebe desde a concepção do feto até o início do trabalho de parto, o período gestacional se inicia no momento da fertilização e acaba na hora do nascimento do bebê (SANTOS, 2004).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher. O PHPN foi criado para aprimorar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM, embora tendo como base a integralidade nas ações na área da saúde da mulher, era ainda questionado quanto à qualidade da assistência prestada e ao impacto na mortalidade materna. O PHPN enfatizou aos direitos da mulher, propondo a humanização para a melhoria da qualidade da atenção. Suas principais ações para a redução da mortalidade materna, conforme definida no Pacto pela Vida, visam garantir o direito da gestante ao acesso a atendimento digno e de qualidade na gestação/parto e puerpério (BRASIL, 2006).

O pré-natal representa um período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. Nesse período, as mulheres devem ser acompanhadas a partir da gestação, de forma que lhes seja possível, realizar exames clínico-laboratoriais, receber orientação e tomar medicação profilática e/ou vacinas (FERNANDES; NARCHI, 2007).

O interesse para realização deste trabalho surgiu durante estágios curriculares e através da disciplina Enfermagem Obstétrica, os quais me identifiquei com a saúde da mulher durante a gestação, assim sendo surgiu a seguinte indagação: Qual o nível de satisfação das gestantes sobre a assistência prestada no pré-natal com enfermeiro na Estratégia Saúde da Família?

Diante do exposto, o presente estudo busca investigar a

assistência oferecida às gestantes, a fim de melhorar a qualidade de vida destas mulheres durante a gestação. Acredita-se que este trabalho seja de suma importância e de grande relevância para todos os profissionais na organização da assistência pré-natal e que contribua para esclarecer às mulheres a importância do pré-natal e ainda servirá como fonte para outras pesquisas, para o ensino e a extensão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem quanti-qualitativa, do tipo exploratório descritivo que de acordo com Gil (2009) tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

A pesquisa foi desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Teixeira-PB, localizada no Sertão Paraibano, a amostra foi constituída de 38 mulheres sendo estas as gestantes cadastradas que realizam o pré-natal atualmente na referida unidade de saúde. A amostra contou como critério de seleção o consentimento das mesmas para participar da entrevista, levando em consideração a Resolução nº 196/96 do Conselho de Saúde, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à ética na pesquisa com seres humanos. Vale salientar que na relação pesquisador/participante do estudo serão observados os aspectos éticos apontados na referida resolução, no qual é abordado o respeito à autonomia dos participantes da pesquisa, garantido-lhe entre outros direitos, o sigilo, o consentimento livre e esclarecido, confidencialidade e privacidade das informações (BRASIL, 1996).

Para realização da coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista, contendo perguntas objetivas que buscam captar informações sobre os dados sócio-demográficos do sujeito do estudo e perguntas subjetivas que buscam identificar o nível de satisfação das gestantes no que diz respeito às consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro atuante na ESF. Os dados foram coletados nos meses de julho e agosto de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito à faixa etária das gestantes, 12 (31,6%) apresentava idade entre 26 a 29 anos, seguindo de 09 (23,7%) apresentou idade de 30 a 34 anos, 07 (18,4%) tinha idade entre 18 a 21anos, 07 (18,4%) tinha de 22 a 25anos, e apenas 03 (7,9%) com idade acima de 34 anos.

Tratando-se da escolaridade materna, observou-se que 18 (47,4%) das gestantes entrevistadas afirmaram não ter concluído o ensino fundamental, 13 (34,2%) possui o ensino médio completo, 05 (13,2%) relataram não ter concluído o ensino médio, 01 (2,6%) possui o ensino fundamental completo, 01 (2,6%) afirma possuir o nível superior incompleto.

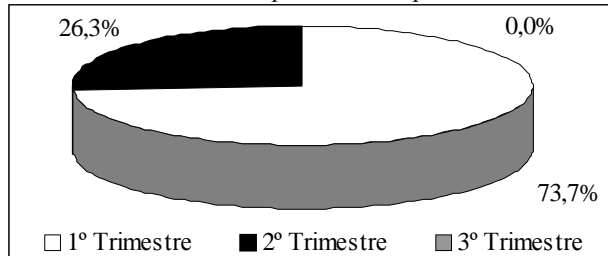
Em relação ao estado civil, pode-se observar que 19 (50%) das entrevistadas possuem união estável, 10 (26,3%) estão casadas, enquanto que 09 (23,7%) afirmaram estar solteiras.

Quanto à ocupação materna, pode-se observar que 32 (84,2%) das gestantes entrevistadas relataram ser agricultora, 05 (13,2%) disseram ser estudante, enquanto apenas 01 (2,6%)

refere ser do lar.

Com relação à raça/cor, podemos ver que a maioria 28 (73,7%) das gestantes entrevistadas possui cor parda, seguida por 09 (23,7%) eram de cor branca, enquanto que apenas 01 (2,6%) de cor negra.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra referente ao trimestre gestacional em que as mulheres iniciam o acompanhamento pré-natal.



Fonte: Dados obtidos com a pesquisa

No gráfico 1 foi observado que 28 (73,7%) das gestantes inicia seu pré-natal no primeiro trimestre, 10 (26,3%) inicia seu pré-natal no segundo trimestre e nenhuma gestante referiu-se início ao terceiro trimestre.

A captação precoce das grávidas no pré-natal é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e de recém-nascidos, pois possibilita a identificação antecipada da gestação de risco, bem como as intervenções necessárias, pois o início tardio e a realização de menor número de consultas podem comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o pré-natal que a promoção da saúde (COSTA *et al.*, 2010).

Uma assistência pré-natal adequada prevê, como mínimo, seis consultas durante o período de gravidez. Se a gestação não é classificada como de alto risco, indicam-se, no mínimo, uma consulta no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro. As gestantes devem ser vistas até atingir o trabalho de parto, ou ser atingido o período de risco para pós-maturidade, em torno da 42ª semana. A assistência pré-natal somente termina no 42º dia após o parto, quando se realiza a consulta de puerpério (BRASIL, 2006a).

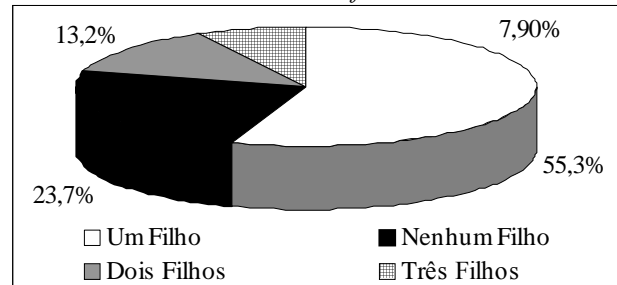
Cabe ressaltar que o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades das gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para população alvo, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna perinatal.

O pré-natal fortalece a adesão da mulher ao acompanhamento sistemático e, assim, rastrear eventuais fatores de risco. Acrescentam ainda que seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele de inicia e do número de consultas realizadas, podendo variar de acordo com o mês de início e com intercorrências durante a gravidez (CASTRO; MOURA; SILVA, 2010).

Neste sentido, visando garantir, entre outras, a identificação precoce de todas as gestantes e o pronto início do acompanhamento no primeiro trimestre da gravidez, bem como a operacionalização do sistema de referência e contra-referência,

foram estabelecidas condições para uma assistência pré-natal efetiva objetivando garantir a continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (GONÇALVES, *et al.*, 2008).

Gráfico 2 - Distribuição da amostra quanto o número de filhos.



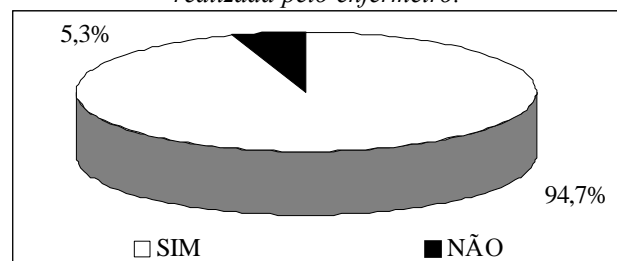
Fonte: Dados obtidos com a pesquisa

De acordo com os resultados do gráfico 2, pode-se observar que 21 (55,3%) das gestantes entrevistadas possui um filho, 09 (23,7%) não possui nenhum filho, 05 (13,2%) possui dois filhos e apenas 03 (7,9%) possui três filhos.

Observa-se que a maioria das mães possui filhos, onde elas apresentam possuir experiências com o período gestacional e menciona noção das transformações advindas existentes durante a gravidez. Em especial as mães primíparas, a gestação é um momento de grandes transformações. Ao ser mãe, muitas são as mudanças que se apresentam à mulher (PICCININI *et al.*; 2012).

As mães multigestas, já possuem experiência prévia, apresentam mais segurança e conhecimento de alguns fatores que poderão vir a ocorrer no ciclo gravídico-puerperal. Nas primigestas essa vivência se torna um pouco mais complexa, pois tudo é novo e a mulher tem maior necessidade de conhecer os diversos aspectos inerentes ao período gestacional, exigindo do profissional mais atenção e cuidado na consulta pré-natal (SANTOS, RADOVANOVIC, MARCON, 2010).

Gráfico 3 - Distribuição da amostra quanto ao comparecimento das gestantes nas consultas de pré-natal realizada pelo enfermeiro.



Fonte: Dados obtidos com a pesquisa

No gráfico 3 verificou-se que a maioria das entrevistadas, 36 (94,7%) afirmaram comparecem as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro e que apenas 02 (5,3%) disseram que não compareceram as consultas realizadas pelo enfermeiro.

A proximidade entre trabalhadores de saúde e população atendida é fundamental para se alcançar melhor níveis de saúde,

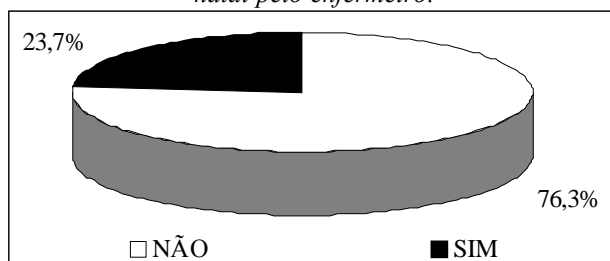
sobretudo, das mulheres gestantes/ puérperas.

Nesse âmbito, cabe ao enfermeiro orientar a clientela específica acerca das mudanças inevitáveis que se desenvolverão durante o período gravídico, a fim de que o mesmo seja encarado da forma mais natural possível, atenuando seus medos e ansiedades. Dessa forma, faz-se necessário a gestante conhecer as mudanças advindas da gravidez e as atividades que serão realizadas durante as consultas do pré-natal.

As atividades realizadas com maior frequência no pré-natal são: verificação da pressão arterial e do peso, anamnese, verificação da data da última menstruação, cálculo da data provável do parto e da idade gestacional, pesquisa de edemas, ausculta dos batimentos cardíofetais, medida da altura uterina, orientações (local onde é feito o parto, alimentação, agendamento de consultas de retorno e dos exames), solicitação e interpretação de exames laboratoriais, agendamento das consultas de retorno e anotações no prontuário e no cartão da gestante (DUARTE, MAMEDE, 2012).

A realização de tais procedimentos insere-se na consulta de enfermagem no pré-natal, cuja ação para a equipe de enfermagem é restrita aos enfermeiros, os quais são legalmente reconhecidos pela lei do exercício profissional nº 7498, que explicita que a realização do pré-natal de baixo risco é uma das atribuições do enfermeiro (PEREIRA, PROGIANTI, ALVES, 2010).

Gráfico 4 - Distribuição da mostra quanto às dificuldades encontradas nas consultas durante o atendimento de pré-natal pelo enfermeiro.



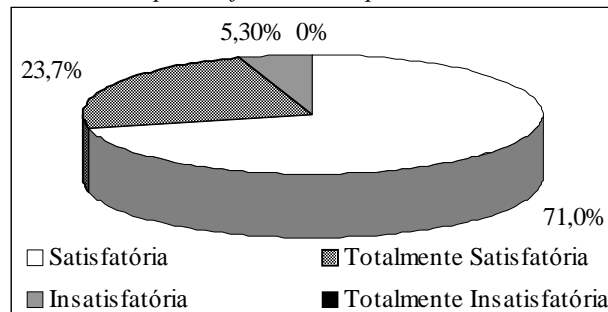
Fonte: Dados obtidos com a pesquisa

No gráfico 4 mostra que a maioria, 29 (76,3%) das gestantes afirmam que a consulta realizada pelo enfermeiro não necessita de melhorias esta tudo positivo, enquanto que 09 (23,7%) afirmam que precisa d melhora nas consultas pré-natal. Os dados dessa pesquisa mostram que a consulta realizada pelo enfermeiro atende as necessidades das gestantes. No entanto, as contribuições de enfermagem são muito importantes para o desenvolvimento de uma gestação. Torna-se necessário que os profissionais busque cada vez mais melhorar seus conhecimentos e oferecer melhor qualidade as gestantes durante as consultas pré-natais.

As orientações de enfermagem são muito importantes para o desenvolvimento de uma gestação saudável, através destas, as gestantes podem conhecer melhor os fatores que repercutem durante a gestação, conscientizando-se da importância de buscar pela assistência de saúde com objetivo de evitar possíveis acometimentos que ocorrem ou são mais agravantes durante o período gestacional, ou ainda, tratar estes quando ocorrem (BARROS, 2006).

A enfermagem deve se competente para orientar a mulher diante das diversas alterações que ocorrem no corpo desta, durante o período gestacional, a fim de desenvolver uma assistência pré-natal harmoniosa, qualificada e humanizada, com ações que auxiliem a mulher a compreender as possíveis modificações fisiológicas, características do período gravídico, minimizando a ansiedade e evitando que um momento natural se transforme em algo patológico (COSTA, 2010).

Gráfico 5 - Distribuição da amostra quanto ao nível de satisfação das consultas realizada pelo enfermeiro no pré-natal.



Fonte: Dados obtidos com a pesquisa

A análise do gráfico 5 mostra o nível de satisfação das gestantes quanto as consulta, observa-se que 27 (71%) afirmaram que se sentem satisfeitas com a consulta, 09 (23,7%) disseram que se sentem totalmente satisfeitas com a consulta, 02 (5,3%) relatam que se sentem insatisfeitas com a consulta e nenhuma gestante referiu-se que se sente totalmente insatisfeita com a consulta.

A realização de ações educativas por profissionais da saúde pode ser entendida como importante dispositivo para a humanização do atendimento, pois, enquanto são realizadas, os profissionais têm a oportunidade de (re)conhecerem a individualidade de cada mulher/gestante.

À medida que são estabelecidos os vínculos, vai se percebendo as reais necessidades e capacidades de cada mulher em lidar com o processo gestacional e do nascimento, fatos que trazem bem-estar e segurança sobre a sua saúde e de seu filho (BARBIERI et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a gestação constitui um período marcado por grandes transformações, em que a mulher assume responsabilidade pela vida de um novo ser que vai chegar. Desse modo, torna-se indispensável o acompanhamento das gestantes durante o pré-natal momento este de acolher a mulher desde o início de sua gravidez, e assim proporcionar as gestantes uma consulta de pré-natal adequada, qualificada, e que favoreça uma gestação saudável, sem riscos para mãe e concepto.

A assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Sua ausência e/ou deficiência está relacionada a maiores índices de mortalidade materna e perinatal.

Pode-se observar que, a enfermagem constitui o foco principal no atendimento durante as consultas de pré-natal, pois é o enfermeiro que transmite às gestantes o esclarecimento de suas dúvidas, minimiza seus anseios e promove um acompanhamento pré-natal satisfatório, de modo que suas necessidades de saúde sejam desenvolvidas.

Espera-se que este trabalho contribua para o desenvolvimento dos enfermeiros durante a realização do acompanhamento de pré-natal, que seus conhecimentos sejam

aplicados e como profissionais competentes promovam uma atenção de pré-natal adequada contribuindo para o bem estar das gestantes.

Ao finalizar a pesquisa, espera-se ainda que as mulheres durante seu período gestacional compreendam que o pré-natal é de grande importância para sua saúde e do bebê, e que reconheça os benefícios oferecidos durante sua gestação de maneira preventiva e combate aos possíveis distúrbios ou patologias durante a gravidez.

R E F E R Ê N C I A S

- BARROS, S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática da assistência. 2. ed. São Paulo: Roca, 2006.
- BARBIERI, A.; Et al. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Distúrb Comun**, São Paulo, v.24, n.1, P. 29-39, abril, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000300010>. Acesso em: 09/08/12.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério:atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2006 a.
- _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília: MS, 2005.
- CASTRO, M. E.; MOURA, M. A. V.; SILVA, L. M. S.; QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UMA PERSPECTIVA DAS PUÉRPERAS EGRESSAS. **Rev. Rene**, vol. 11, p. 72-81, 2010.
- COSTA, E. S.; Et al. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NA PERCEPÇÃO DE MULHERES DURANTE A GESTAÇÃO. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010.
- COSTA, G. R. C.; Et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.63 n.6, Nov./Dec. 2010. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600021> Acesso em: 06/08/12.
- DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O.; Assistência pré-natal no programa saúde da família. **Esc. Anna Nery** vol.10 no.1 Rio de Janeiro Apr. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-8145006000100016>. Acesso em: 15/08/2011.
- FERNANDES, Rosa A. Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e Saúde da mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ed. 2reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.
- GONÇALVES, R.; Et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.3, P. 349-53, 2008.
- PEREIRA, A. L. F.; PROGIANTI J. M.; ALVES V. H.; Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde. **Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2010.
- PICCININI, C. A.; Et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v.28 n.1, Jan./Mar, 2012. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000100004> Acesso em: 02/08/2012.
- SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S.; ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: SATISFAÇÃO E EXPECTATIVAS. **Rev. Rene**, v. 11, p. 61-71, 2010.

Data de recebimento para publicação: 15.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 24.04.2013.

temas em
saúde

Parâmetros Físico-Químicos e Microbiológicos da Água no Bairro Multirão do Município de Patos-PB

Physical and Chemical Parameters and Microbiology of Water in The City of Neighborhood Multirão Patos-PB

Danielly Anselmo Xavier¹
João Paulo de Lacerda Roberto²
Petruusk Homero Campos Marinho³

RESUMO: A água para ser considerada potável e livre de contaminações por patógenos deve obedecer a padrões físico-químicos e microbiológicos o que poderá impedir que cause doenças de veiculação hídrica. O objetivo desse estudo foi determinar se a água que chega às residências do bairro Multirão, Patos-PB estava dentro dos padrões de potabilidade que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) preconiza. A comunidade é abastecida pela CAGEPA- Companhia de Água e Esgotos da Paraíba, onde foi coletada a água que chega a torneira das residências de forma estratégica, de modo a englobar toda a comunidade. Os parâmetros físico-químicos analisados foram pH, cor aparente e turbidez. As análises microbiológicas foram feitas através da técnica de Substrato Cromogênico para determinação de presença ou ausência de coliformes totais e *Escherichia coli*. Os resultados das análises da água que chega direto de rede pública foram satisfatórios, revelando ausência de qualquer indicador de contaminação. Em contrapartida a água que foi analisada de reservatórios (caixa de água), 80% teve alterações apresentando presença de coliformes totais, 20% ausência de coliformes totais e *E.coli* e 10% presença de coliformes totais e *E.coli*. Os resultados obtidos demonstram que as análises coletadas de reservatórios 80% estão impróprias para consumo podendo, desta forma levar doenças de veiculação hídrica.

UNITERMOS: Água. Parâmetros Físico-químicos. Análise Microbiológica. Coliformes. *E. Coli*.

ABSTRACT: *The water to be considered potable and free of contamination by pathogens must meet standards physicochemical and microbiological which may prevent causing waterborne diseases. The aim of this study was to determine whether the water that reaches the homes in the neighborhood Multirão, Patos - PB was within the potability standards that the National Health Surveillance Agency (ANVISA) calls. The community is fueled by CAGEPA -Water and Sewage Company of Paraíba, where he collected the water that reaches the tap of homes strategically, so as to encompass the entire community. The physico-chemical parameters analyzed were pH, turbidity and apparent color. Microbiological analyzes were performed using the technique of Chromogenic Substrate for determination of the presence or absence of total coliforms and Escherichia coli. The results of analyzes of water that comes directly from the public network were satisfactory, showing the absence of any indication of contamination. In contrast to water reservoirs was analyzed (water box), 80% had changes showing the presence of total coliforms, 20% absence of total coliforms and E.coli and 10% presence of total coliforms and E.coli. The results show that the analyzes collected from reservoirs 80% are unfit for consumption may thus lead waterborne diseases.*

KEYWORDS: *Water. Physicochemical Parameters. Microbiological Analysis. Coliforms. E. Coli.*

1. Graduanda do Curso de Bacharelado em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Faculdades Integradas de Patos (FIP). Rua Horácio Nóbrega, s/n, Patos, PB, CEP 58704-000.

2. Graduando do Curso de Medicina Veterinária pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Avenida Universitária, Santa Cecília, Patos, PB, CEP 58708-110.

3. Doutor em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Pernambuco e Professor Titular das disciplinas de Microbiologia e Análise Ambiental do Curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Rua Horácio Nóbrega, s/n, Patos, PB, CEP 58704-000.

4. Autor correspondente - Danielly Anselmo Xavier: dani_ax07@hotmail.com. Rua Bossuet Wanderley 201, Centro, Patos, cep: 58700410, Paraíba, Brasil.

INTRODUÇÃO

A palavra água é derivada do latim e da frase *a qua vivimus*, que significa “de onde viemos”. O consumo da água é de grande importância para uma vida saudável e serve de proteção contra as doenças, principalmente aquelas que são evitáveis que se relacionam com fatores ambientais (BONFANTE *et al.*, 1999; FRANCO, 2007).

Para que a água não apresente risco à saúde e seja própria para consumo precisa apresentar determinadas características como ser límpida, insípida, inodora e ser considerada uma água potável, ou seja, tratada e sem contaminação. Esse termo qualidade da água não se refere apenas a um estado de pureza, mas sim as características físicas, químicas e microbiológicas conservadas e dentro dos padrões de potabilidade (MERTEN *et al.*, 2002; PEREIRA *et al.*, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde década de 90 concluiu que cerca de 80% das doenças e 65% a internações hospitalares estão associadas ao consumo ou contato com água contaminada ou imprópria segundo os padrões de potabilidade seguidos (CERTI, 2011).

A qualidade da água está diretamente relacionada com a rotina de vida, nos afazeres domésticos para limpeza da casa, alimentação e higiene pessoal. Por isso existem métodos simples que servem para prevenir a água de contaminações como a fervura e adição de cloro. Há tempos já se utilizam métodos para desinfecção da água com o intuito de promover a destruição de organismos patogênicos onde sua sobrevivência depende da temperatura da água, pH, turbidez, oxigênio e outros fatores (MEYER, 1994; XAVIER *et al.*, 2011).

Existem várias doenças de veiculação hídrica que são causadas por microrganismos patogênicos de origem entérica, transmitidas via fecal-oral e ingeridas através de alimentos contaminados ou água poluída por fezes. Essa contaminação geralmente ocorre devido a um mau processamento a rede de distribuição e do material que compõe as tubulações que distribuem a água, onde pode ocorrer uma diferenciação na qualidade da água que chega a torneira das residências (AMARAL, 2006; BARRETO *et al.*, 2010).

Dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) de 2000 a 2011 mostram que no Brasil houve surtos em todos os anos e mais de 20.000 casos registrados. O Ministério da Saúde junto à Vigilância Sanitária diz que as doenças de veiculação hídrica devem ser notificadas e investigadas (BRASIL, 2006).

Na portaria nº 518/2004 estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo e seu padrão de potabilidade. De acordo com a nova portaria nº 2.014/2011 os padrões de potabilidade da água seguida pela OMS ficam a cargo da SVS por meio da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM) a implantação desse instrumento normativo e a continuação das ações destinadas a estruturação da vigilância da qualidade da água para consumo no Brasil. A portaria citada antes se aplica ao consumo de água que seja proveniente de sistema e solução alternativa de abastecimento de água (BRASIL, 2006; 2011).

No trajeto de abastecimento da água sabe-se que pode haver alterações até chegar às residências podendo ser um meio de contaminação de doenças de veiculação hídrica. Contudo, é evidenciada a importância de estudos que avaliem a qualidade físico-química e microbiológica da água que chega a torneira das residências do bairro Multirão, no município de Patos- PB.

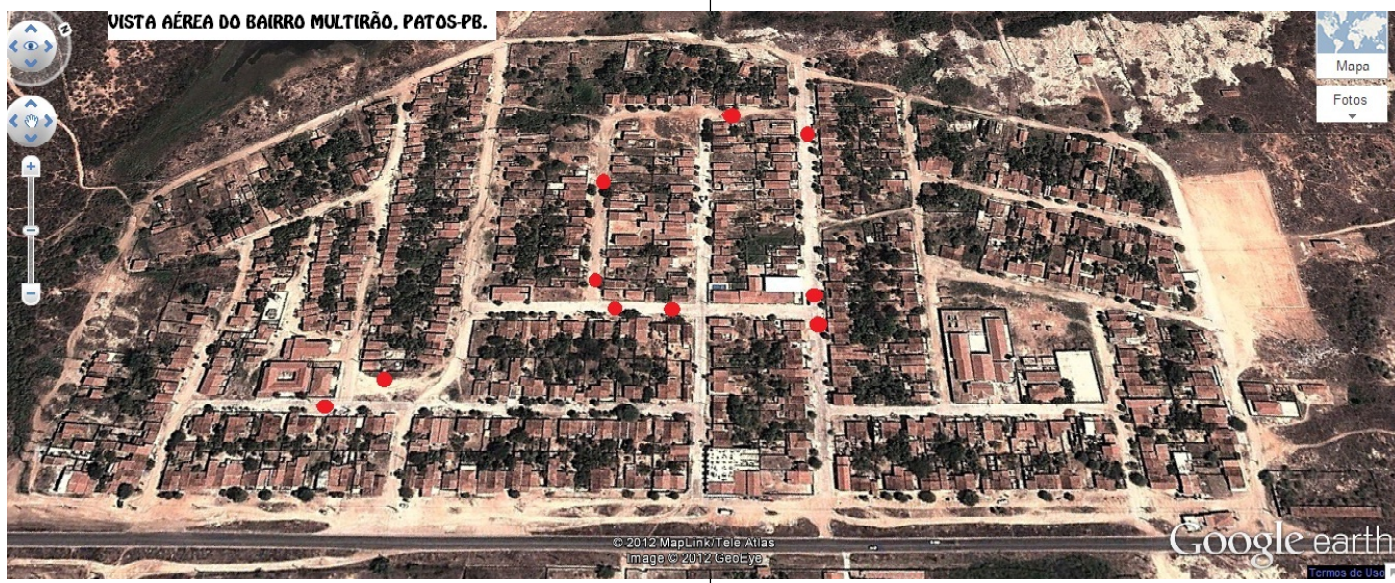
METODOLOGIA

LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa relacionada à qualidade da água distribuída pelo Órgão Estadual CAGEPA ao bairro do Multirão, Patos- PB. O Município de Patos está localizado na mesorregião do sertão Paraibano e possui cerca de 100.732 habitantes. O Multirão está localizado na zona sul da cidade com coordenadas 7°3'48" S e 37°16'57" W.

COLETA DE AMOSTRAS

A coleta consistiu em 10 amostras de água abastecida pela CAGEPA de água da rua (rede pública) e 10 amostras de água coletadas dos reservatórios (caixa de água) das residências (FIGURA 1).



As amostras de água foram coletadas assepticamente em sacos plásticos Nasco (WHIRL-PAK) com capacidade para 100 mL e identificados por numeração. Posteriormente as amostras foram adicionadas no isopor com gelo reciclável e transportadas ao Laboratório de Bromatologia da Vigilância Sanitária do Município de Patos-PB para realização das análises físico-químicas e microbiológicas, avaliando-se os parâmetros como pH, turbidez, cor, CT e CTi, respectivamente. As análises laboratoriais foram realizadas segundo especificações metodológicas estabelecidas pelo *Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater*.

DETERMINAÇÃO DE TURBIDEZ

Para determinação de turbidez foi utilizado o Método nefelométrico por reflectância através do Turbidímetro (Digimed). Este foi ligado e calibrado com uma solução padrão de acordo com as instruções do fabricante. As amostras de água foram colocadas na cubetas de vidro apropriadas, introduzidas e posicionadas de acordo com a marca existente. A leitura forneceu os resultados em unidade nefelométrica de turbidez (NTU).

A turbidez é medida pelo grau de atenuação de intensidade de um feixe de luz. O método é baseado na comparação da intensidade de luz difundida pela amostra em condições definidas, com a intensidade da luz espalhada por uma suspensão considerada padrão. Quanto maior a intensidade da luz disseminada maior será turbidez da amostra analisada.

DETERMINAÇÃO DE COR APARENTE

A cor foi determinada por comparação visual da amostra com água destilada. Foi usado o comparador colorimétrico visual multiparâmetro de bancada para uso com disco colorimétrico, NQ 200, com fonte própria de luz com filtro difusor, prisma ótico de junção de imagem. Utilizando o disco graduado do aparelho (Aquatest Nessler Quanti 200) que forneceu diretamente o valor da cor expresso em unidades de cor.

DETERMINAÇÃO DO PH

O pH das amostras foram determinados por leitura direta no pHmetro (Quimis), devidamente calibrado. O aparelho foi ligado deixando-o em aquecimento durante 20 minutos; em seguida o eletrodo foi lavado com água destilada e secado com papel absorvente, de acordo com protocolo do fabricante. A água foi colocada num recipiente de aproximadamente 100 mL onde foi introduzido o eletrodo para obtenção do valor do pH das amostras, sempre lavando-o com água destilada e posteriormente enxugando-o com papel macio, após a medida do pH de cada amostra.

DETERMINAÇÃO DA PRESENÇA/AUSÊNCIA DE COLIFORMES TOTAIS E *E. COLI*

A detecção e identificação dos coliformes totais e de *Escherichia coli* foi feita pela Técnica do Substrato Cromogênico Enzimático Colilert®, onde foi adicionado um blister a 100 ml da

amostra e incubadas por 24 horas a 37°C. Essa técnica é fundamentada no substrato orto-nitrofenil e β -D-galactopiraminosídeo (ONPG), que quando em contato como a enzima β -galactosidase produzida pelos coliformes totais é hidrolisado liberando a orto-nitrofenol, que produz uma cor amarelada no meio. A certificação da presença de *Escherichia coli* é obtida através da ação da enzima β -glucuronidase, que é caracteristicamente produzida por essa bactéria, sobre o substrato 4-metilumbeliferil- β -D-glucuronídeo (MUG); quando o MUG é degradado, o produto resultante 4-metilumbeliferona apresenta fluorescência azulada na presença de uma luz ultravioleta de comprimento específico (360nm).

RESULTADOS

Quanto aos resultados obtidos com a análise físico-química e microbiológica da água que chega às torneiras das residências abastecidas pela CAGEPA, foi observado que 100% das amostras analisadas apresentaram-se dentro dos padrões de potabilidade, negatizando para coliformes totais e *E. coli*. Os resultados das análises realizadas estão presentes na tabela 1.

Tabela 1 - Resultados obtidos na análise físico-química e microbiológica na água que chega às residências (água da rua), que são abastecidas pela CAGEPA, utilizadas para consumo humano pela população do Multirão, Patos- PB.

Amostras	pH	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	<i>E. Coli</i>
01	6,9	0,8 ntu ¹	5 uH ²	Ausente	Ausente
02	7,2	1 ntu	5 uH	Ausente	Ausente
03	7,4	0,7 ntu	5 uH	Ausente	Ausente
04	7,6	0,5 ntu	5 uH	Ausente	Ausente
05	7,3	1 ntu	5 uH	Ausente	Ausente
06	7,4	1,1 ntu	5 uH	Ausente	Ausente
07	7,6	1,2 ntu	5 uH	Ausente	Ausente
08	7,1	0,4 ntu	5 uH	Ausente	Ausente
09	7,2	0,9 ntu	5 uH	Ausente	Ausente
10	7,8	1 ntu	5 uH	Ausente	Ausente

1-Unidade Nefelométrica de Turbidez

2-Unidade de Hanzen

Os resultados obtidos com a análise microbiológica da água que chega às residências nos reservatórios (Caixa de água), abastecidos pela CAGEPA apresentaram 80% de positividade para presença de Coliformes Totais e 10% apresentaram positividade para presença de *E. coli*, 20% foram ausentes para Coliformes Totais e 90% foram ausentes para presença de *E. coli*. A tabela 2 mostra todos os resultados analisados. A tabela 3 mostra todos os resultados analisados.

Tabela 2 - Resultados obtidos na análise físico-química e microbiológica da água que chega aos reservatórios das residências, abastecidas pela CAGEPA e utilizadas para consumo humano no bairro do Multirão, Patos-PB.

Amostras	pH	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	<i>E. Coli</i>
01	7,2	1,1 ntu ¹	5 uH ²	+	-
02	7,7	0,9 ntu	5 uH	+	-
03	7,0	1,2 ntu	5 uH	+	-
04	7,3	1 ntu	5 uH	+	-
05	7,6	1,1 ntu	5 uH	+	Presença
06	7,4	0,9 ntu	5 uH	-	-
07	6,8	1 ntu	5 uH	+	-
08	7,7	0,6 ntu	5 uH	+	-
09	7,1	0,5 ntu	5 uH	+	-
10	7,0	1 ntu	5 uH	-	-

1-Unidade Nefelométrica de Turbidez

2-Unidade de Hanzen

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através das análises físico-químicas da água que chega a torneira das residências (água da rua e dos reservatórios) foram consideradas satisfatórias para o consumo humano. O pH se manteve em conformidade com a legislação, variando entre 6,9 a 7,8. Segundo Galdino, (2009) o pH é um dos testes mais importantes para determinação da qualidade da água, pois é analisada praticamente em todo as fases de tratamento destinado a potabilidade da água. Este presente trabalho obteve resultados semelhantes para o parâmetro pH, aos resultados da pesquisa de Galdino, que variaram entre 6,7 a 7,9.

Quanto aos resultados da análise de turbidez e cor, foram encontrados valores que variaram entre 0,8 a 1,2 ntu e 5 uH respectivamente. Esses se encontram dentro dos padrões exigidos pela legislação pertinente.

De acordo com a portaria nº 518/2004 MS, a água é considerada boa ou adequada quando se apresenta livre de coliformes totais e fecais, sendo ausentes em 100% das amostras ou positividade de até 5% das amostras. Os resultados apresentados na análise microbiológica da água da rede pública (Água da rua) foram em 100% das amostras negativas, 100%

ausentes para CT e 100% ausentes para *E.coli*, o que implica dizer que esta água está de boa qualidade e própria para o consumo humano. Já os resultados obtidos nas análises microbiológicas dos reservatórios (Água da caixa) foram diferentes aos resultados da análise da água da rua. Cerca de 80% das amostras analisadas positivaram para presença de CT, 10% positivaram para análise de *E.coli* e 10% negativaram para CT e *E.coli*. Esses dados corroboram com o estudo realizado por Amaral et al., (2003). Essa pesquisa analisou reservatórios, água de fontes e água para consumo humano, onde se evidenciou que 90% dos reservatórios e 96,7% da água de consumo estavam fora dos padrões microbiológicos de potabilidade para água de consumo próprio.

O surgimento desses dados analisados na zona sul do Município de Patos-PB demonstram a necessidade de avaliações através dos órgãos competentes para monitorar a qualidade de água para consumo dessa população, além de realizações de educação sanitária.

CONCLUSÃO

A avaliação físico-química da água da rede pública e dos reservatórios das residências destinados ao consumo humano no Bairro do Multirão, Patos-PB, revelou estar dentro dos padrões de potabilidade exigidos pela legislação. Em contrapartida os resultados microbiológicos das mesmas apresentaram resultados distintos. A análise realizada na água proveniente da rede pública (água da rua) foi considerada em perfeito estado, sendo uma água boa para consumo por estar dentro dos padrões de potabilidade. Por outro lado, a água analisada dos reservatórios obteve resultado insatisfatório. Foi demonstrado que os índices de CT e *E.coli* estavam acima do padrão permitido, resultando em uma água imprópria para consumo humano. Sendo assim, percebe-se que o problema não está na água que sai das estações de tratamento (CAGEPA) e sim na forma que ela é armazenada ao chegar às residências, podemos observar que faltava uma higienização correta desses reservatórios. A falta de higiene dessas caixas poderia estar ajudando ao desenvolvimento CT e *E.coli* o que junto com o clima seco e quente dessa região explica a presença de quase 100% desses patógenos. Na realidade foi observada uma população carente, com falta de informações e pouca ação dos órgãos competentes em solucionar esse problema.

R E F E R Ê N C I A S

- MARAL, L. A. et al. Água para consumo humano com fator de risco à saúde em propriedades rurais. **Revista Saúde Pública Universidade Estadual Paulista**, 37(4):510-4, 2003.
- BARRETO, E. F. Análise microbiológica da água fornecida a unidades de alimentação de regiões administrativas do Distrito Federal. Brasília, 2010.
- BONFANTE, L. et al. Water and its effects when drunk cold: **The Physician's view**. **Am. J. Nephrol.**, v. 19, n. 2, p.182-184, 1999.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual Prático de Análise de água. Brasília. Funasa, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. Dados epidemiológicos. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: dta@saude.gov.br. Acesso em: 06 de mar de 2012.
- CERTI - Projeto "Água, fontes de alimento e renda". 2011. **Doenças de veiculação hídrica**. Disponível em http://fontedagua.cert.org.br/doencas_de_veiculacao_hidrica.html. Acesso em: 06 mar. 2012.
- FRANCO, B.D.G.M. Métodos rápidos de análise microbiológica de alimentos: **estudo crítico e avaliação de novas metodologias**. 1994. 128f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

GALDINO, F. A. G. Indicadores Sentinelas para a formulação de um plano de amostragem de vigilância da qualidade da água de abastecimento de Campina Grande. Paraíba, 2009.

MERTEN, G. H.; MINELLA, J. P. **Qualidade da água em bacias hidrográficas rurais: Um desafio atual para sobrevivência futura.** Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentavel. Porto Alegre, v.3, n.4, out/dez 2002.

MEYER, S. T. O uso do cloro na desinfecção de águas, a formação de trihalometanos e os riscos potenciais à saúde pública. **Caderno Saúde Pública**, v.10, n.1, p.99-110, Jan/mar. 1994.

PEREIRA, M. C. et al. Estudo da potabilidade de água para consumo no bairro Triângulo e Vila Candelária, Porto Velho – Rondônia - Brasil. **Saber Científico**, v. 2, n. 1, p. 28-36, 2009.

XAVIER, R. P. et al. **Qualidade microbiológica da água de chuva potável na região interior do Pajeú, Pernambuco, Nordeste do Brasil.** Ver. Inst. Med. Trop. S. Paulo, São Paulo, v. 53, n. 3, 3 de junho de 2011.

Data de recebimento para publicação: 15.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 24.04.2013.

Revista:

temas em
saúde

Perfil da Demanda Masculina Atendida em Uma Unidade de Saúde da Família no Município de Patos-PB: Um Estudo Epidemiológico¹

Demand Profile in a Male Attended The Family Health Unit in The City of Patos-PB: An Epidemiological Study

Maria Suely Rodrigues da Silva²

Érica Surama Ribeiro César Alves³

Edna Samara Ribeiro César⁴

Maria Edilsa Leite Rodrigues⁵

Maria Sulene Fernandes de Sousa⁶

Jamili Anbar Torquato⁷

RESUMO: A USF promove a prevenção de saúde a toda a população, com atenção exclusiva para as mulheres, crianças e idosos, que possuem programas específicos. Enquanto o homem se ausenta das USF. O objetivo foi caracterizar o perfil epidemiológico da demanda masculina atendida em uma USF no município de Patos-PB. Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizados no USF Jardim Queiroz, a população composta por 100 homens, e a amostragem foi constituída por 20 homens. A pesquisa respeitou a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A análise dos dados encontrada em sua maioria foi de 35% entre 27 a 36 anos, 40% ensino médio completo, 40% solteiro, 60% 1 a 3 salários mínimos, 45% mora com a esposa. 100% dos homens se divertem, 95% não fumam, 40% bebem mensalmente, 75% realizam a prática de atividade física, 80% não fazem uso de medicamentos. Conclui-se que Assistência de enfermagem é muito importante no que se refere assistir a saúde do homem de forma holística, conscientizando-os sobre a magnitude de realizar a prevenção, promoção e reabilitação em saúde, bem como a identificação dos fatores de riscos e os que já se encontram em risco potencial de adquirir algum tipo de doença prevalente no sexo masculino. Então o presente estudo foi de grande importância para o aprimoramento dos nossos conhecimentos bem como a atualização dos profissionais de saúde no que se refere à atuação da assistência de enfermagem na saúde do homem.

UNITERMOS: Atenção Básica. Perfil Epidemiológico. Saúde do Homem.

ABSTRACT: *The USF promotes preventive healthcare to the entire population, with exclusive attention to women, children and elderly who have specific programs. While the man is away from USF. The objective was to characterize the epidemiology of demand in a male answered USF in the city of Patos-PB. This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, performed at USF Garden Queiroz, the population comprised 100 men, and the sample consisted of 20 men. The research complied with Resolution No. 196/96 of the National Health Council The data analysis found mostly was 35% between 27-36 years, 40% completed high school, 40% single, 60% 1 to 3 minimum wages 45% lives with his wife. 100% of men enjoy themselves, 95% do not smoke, drink 40% monthly, 75% perform physical activity, 80% do not use drugs. We conclude that Nursing care is very important as regards assisting human health holistically, sensitizing them about the magnitude of performing prevention, health promotion and rehabilitation, as well as the identification of risk factors and who are already at risk for potential purchase some type of disease prevalent in males. So the present study was of great importance to the improvement of our knowledge and upgrading of health professionals with regard to the performance of nursing care on health.*

KEYWORDS: *Primary Care. Epidemiological Profile. Men's Health.*

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

2. Acadêmica do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP), mariasuelysilva1@hotmail.com.

3. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde Pela UNICSUL SP, Profª das Faculdades Integradas de Patos - FIP. ericasurama@bol.com.br.

4. Enfermeira. Mestranda em Nutrição pela UFPB, professora FESVIP, Mauricio de Nassau e Facene. samaraenfermagem@ig.com.br.

5. Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência pela FIP, Profª do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos. ilzaleite@hotmail.com.

6. Enfermeira. Especialista em UTI pela FIP, Profª do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP . sulene8@gmail.com.

7. Fisioterapeuta , Doutora em Patologia, Docente no Programa de Mestrado em Ciências da Saúde na Universidade Cruzeiro do Sul - São Paulo.

INTRODUÇÃO

No Brasil é bastante disseminada a idéia de que os serviços de saúde está voltado para assistência a saúde da mulher, da criança e do adolescente e do idoso. No entanto vários estudos constataam que no geral os homens necessitam de atenção especial por apresentarem um peso significativo nos perfis de morbidade e mortalidade, ainda assim observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária á saúde é menor do que a das mulheres.

A efetivação de ações de atenção à saúde do homem está voltada à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde que, pela Portaria nº 648-GM/2006, caracteriza atos da atenção básica, representado um desafio para os profissionais da área da saúde (FONTES, 2011).

O Ministério da Saúde, por meio da PNAISH, alinhada à APS, porta de entrada do Sistema Único de Saúde, tem envidado esforços para fortalecer o desenvolvimento de ações e serviços destinados à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde população masculina (CARRACA; RUSSO; FARO, 2009).

A partir dessas considerações, o presente estudo se propõe em identificar o perfil epidemiológico da demanda masculina atendida em uma UBS, buscando entender que a Saúde do Homem é uma estratégia recém criada e pouco difundida, onde foi possível observar a pouca frequência da população masculina nos momentos criados com a finalidade de debater alguns pontos importantes. Diante do exposto surgiu o seguinte questionamento: Qual o perfil da demanda masculina atendida em uma Unidade de saúde da Família?

A motivação desse estudo centra-se na intenção de trazer subsídios para a promoção da saúde do homem de forma na construção das discussões e propostas para a efetivação da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem. Além disso, é necessário conhecer o perfil dos homens atendidos na atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobre tudo a promoção e a prevenção dos agravos evitáveis em concordância com a PNAISH.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa foi do tipo exploratória descritiva, com uma abordagem quantitativa, desenvolvida em uma Unidade Saúde da Família (USF) Jardim Queiroz, no município de Patos-PB. A população de referência foi constituída por 100 homens. A amostra foi composta por 20 homens da população do estudo para garantir a representatividade da pesquisa e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Ser maior de 18 anos, está aguardando atendimento na USF, aceitaram participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foram excluídos da pesquisa os homens que no momento do atendimento se recusaram a responder o questionário que sentiram constrangidos ou inseguros com a pesquisadora. Foi garantido aos entrevistados o direito de indenização no caso de ocorrer algum dano de qualquer natureza decorrente da pesquisa. Foi utilizado como instrumento para a

coleta de dados um roteiro de entrevista. O estudo foi submetido e aprovação pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos-FIP, sob o protocolo 199/2012. A coleta de dados se deu no mês de agosto na cidade de Patos-PB. Para cada participante da pesquisa foi informado o objetivo da pesquisa e apresentar-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi norteada pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo fornecidas sigilo nas informações colhidas e alertado o direito de ir e vir em qualquer momento da pesquisa (BRASIL, 1996). Os dados só foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética das FIP.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 - Distribuição da amostra referente a faixa etária, escolaridade, estado civil, renda familiar e convívio familiar. (N=20).

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	F	%
Faixa Etária	19 a 26 anos	04	20
	27 a 36 anos	07	35
	37 a 45 anos	06	30
	46 a 59 anos	03	15
Escolaridade	E. F. Incompleto	01	05
	E. F. Completo	03	15
	E. M. Incompleto	02	10
	E. M. Completo	08	40
	E. Superior	06	30
Estado Civil	Casado	08	40
	Solteiro	08	40
	União Estável	03	15
	Outros	01	05
Renda Familiar	Menos de 01 salário	03	15
	1 a 3 salários	12	60
	Mais de 3 salários	05	25
Convívio Familiar	Moro com esposa	09	45
	Moro com outros da família	08	45
	Moro com filhos e esposa	02	10
TOTAL		20	100

De acordo com a Tabela 1, a faixa etária variou de 19 a 59 anos, sendo 07 (35%) homens com idade entre 27 a 36 anos, 06 (30%) entre 37 a 45 anos, 04 (20%) entre 19 a 26 anos e apenas 03 (15%) homens afirmaram ter idade entre 46 a 59 anos.

De acordo a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem a idade adulta corresponde de 25 a 59 anos, o que condiz com a maioria da amostra desse estudo. É possível observar nessa pesquisa que os homens estão começando a vivenciar e sentir a necessidade de cuidar de si, no entanto devemos planejar e implementar cuidados que sejam adequados às necessidades específicas dos sujeitos ao seu modo de vida (BRASIL, 2008).

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso (BRASIL, 2008).

Em relação a escolaridade 08 (40%) da amostra possuem Ensino Médio Completo, 06 (30%) relatam possuir Curso Superior, 03 (15%) referem ter Ensino Fundamental Completo, 02 (10%) afirmam possuir Ensino Médio Incompleto e apenas 01 (5%) da amostra afirma possui Ensino Fundamental Incompleto. O nível de escolaridade influencia muito a educação em saúde e os dados analisados nesse estudo são satisfatórios, facilitando o entendimento das orientações que são realizadas pela equipe de saúde no decorrer da consulta e das palestras, bem como a conscientização de colocar em prática as mesmas, para desta forma prevenir as patologias.

Oshiro (2007) afirma que o nível de escolaridade é significativa na adesão dos programas do Ministério da Saúde (MS), no entanto, uma clientela que possui baixos níveis de escolaridade, tendem a abandonar os programas, evidenciando, assim, a necessidade de executar práticas preventivas e educativas voltadas para essa clientela.

Conforme a tabela 1 a variável Estado Civil se caracteriza com 08 (40%) homens casados, 08 (40%) solteiros, 03 (15%) com união estável e 01 (5%) referindo outro tipo de estado civil que não se caracteriza com nenhuma variável acima. Os dados deixam claro que uma boa parte dos nossos entrevistados vive uma relação matrimonial.

Na opinião de Gomes; Turra; Fígoli, (2010), as pessoas casadas procuraram mais os serviços de saúde, o que reduz a taxa de mortalidade, pois os casados adoecem menos quando comparados com os não casados, uma vez que estes são orientados pelo cônjuge sobre a busca pelos serviços, como prevenção da saúde, confirmando, assim, a presença da população em estudo.

De acordo com a Renda Familiar 12 (60%) homens afirmam possuir 1 a 3 salários mínimos, 05 (25%) afirmaram ganhar mais de 3 salários mínimos e apenas 03 (15%) dos entrevistados afirmaram possui menos de um salário mínimo.

As condições socioeconômicas podem ter influência na qualidade de vida das pessoas, quanto maior a desigualdade da renda, piores são os indicadores de mortalidade acerca das condições de saúde da população.

As condições socioeconômicas podem ter influência na qualidade de vida das pessoas, sob a alegação da insatisfação na realização das suas necessidades, como lazer e alimentação, que compromete a saúde dessa população que contribuem, de forma significativa, na renda familiar, independente da sua posição dentro da família. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; PEREIRA *et al.*, 2006).

Ainda de acordo com a Tabela 1 09 (45%) homens afirmaram morar com as esposas, 09 (45%) moram com outros membros da família e apenas 02 (10%) homens moram com os filhos e as esposas.

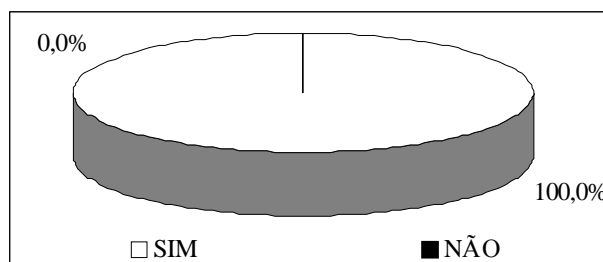
De acordo com o exposto a maioria da amostra convivem, de uma maneira ou de outra com a família, portanto através do convívio familiar é possível constituir uma boa formação de afeto e educação, que servirão de alicerce para o resto da vida. A família em geral cuida dos membros que a compõe e a convivência estreita laços afetivos e evita que se venha a sofrer com problemas psicológicos.

Esse cenário estimula, de forma significativa, a procura

desses homens pela Unidade de Saúde da Família (USF), pois eles são orientados pela esposa ou familiares a cuidar da sua saúde.

Tendo em vista a necessidade de uma abordagem específica sobre o perfil da demanda masculina atendida na Estratégia de Saúde da Família, esse estudo buscou caracterizar o perfil epidemiológico da população masculina e qual o impacto sobre os hábitos e estilo de vida desses homens. Sendo assim analisaremos a seguir alguns pontos que condizem com os hábitos de vida, acesso aos serviços de saúde e auto percepção da condição de saúde da amostra selecionada.

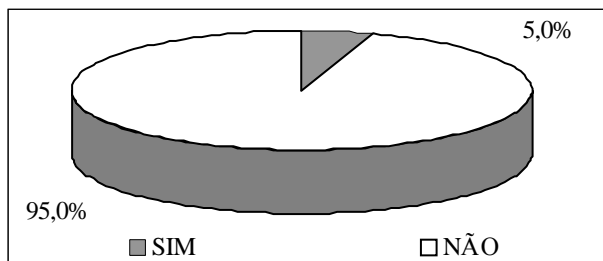
Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra quanto à diversão Fonte do próprio pesquisador.



O dado analisado é satisfatório uma vez que os mesmos tendo diversão, ajuda a enfrentar os desafios do dia a dia eliminando o stress e proporcionando uma boa qualidade de vida.

Diversão e Lazer são formas decorrentes de ações simples que são realizadas nos tempos livres, onde os mesmos não geram custos e estão ligados às atividades recreativas, como por exemplo, ouvir músicas, conversas com amigos e conhecidos, caminhadas, esportes físicos, bem como a leitura de um bom livro, são algumas atitudes que representam maneiras de diversão para a população em estudo (SILVA, 2010).

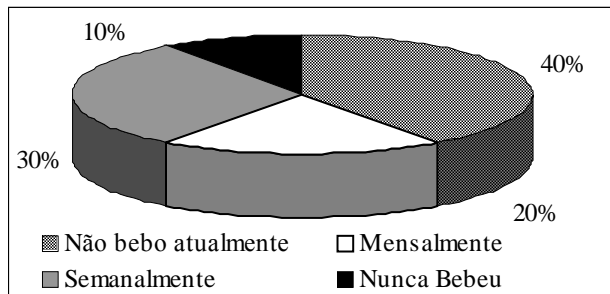
Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra sobre o hábito de fumar.



De acordo com o Gráfico 2, 95% da amostra afirmaram não ter o hábito de fumar o que torna um ponto positivo para o estudo, pois a grande maioria se beneficiam com a atitude de não ser tabagista, sabemos que o uso do tabaco denota maior agravo a saúde trazendo doenças crônico degenerativas, que contribui para um elevado índice de mortalidade.

O tabagismo é a principal causa global prevenível de morbidade e mortalidade. Estimativas apontam que, em 2015, o tabaco será responsável por 10% dos óbitos globais e projeta-se mais de oito milhões de óbitos para 2030, dos quais 83% ocorrerão nos países emergentes (PINTO; UGÁ, 2011).

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra acerca do uso de bebidas alcoólicas.

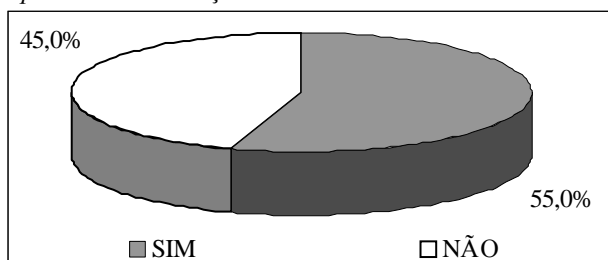


Segundo o Gráfico 3, 8 (40%) dos entrevistados relatam não beber atualmente, 6 (30%) afirmam que bebe semanalmente, 4 (20%) afirmam beber mensalmente, e apenas 2 (10%) dos entrevistados afirmaram que nunca beberam.

De acordo com os dados analisados a maioria dos entrevistados não bebem atualmente ou nunca beberam o que torna um dado importante e satisfatório para a amostra estudada.

O consumo de bebidas alcoólicas se relaciona fortemente a comportamentos violentos e traumáticos, seja em brigas de rua ou na violência doméstica, o que ameaça não só a integridade física, mas também a integridade da estrutura familiar. No ambiente de trabalho, as repercussões do alcoolismo, infelizmente, também se fazem presentes, pois muitos são as faltas no trabalho, e à incapacidade física e mental, torna de forma direta ou indireta, a abreviatura do tempo de vida útil.

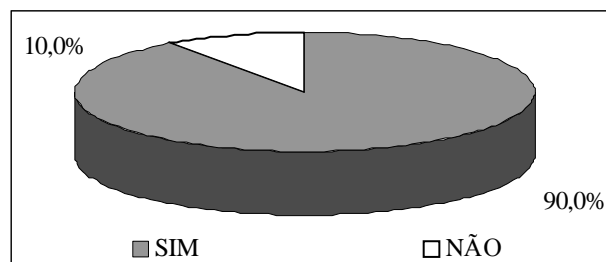
Gráfico 4 - Distribuição percentual da amostra sobre a procura aos serviços de saúde nos últimos seis meses.



Conforme o Gráfico 4, é possível observar que 11 (55%) da amostra afirmam ter procurado os serviços de saúde, nos últimos seis meses, e 9 (45%) dos entrevistados afirmam não ter procurado os serviços de saúde.

Os dados analisados, nesse grupo nos mostra uma procura considerável aos serviços de saúde. No Brasil é bastante disseminada a ideia de que as unidades de atenção primária a saúde (UAPS) são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos. Muitas são as suposições e justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde. A inclusão dos homens em ações de saúde é desafiadora, por estes não reconhecerem a grande importância no que se refere ao cuidado e a valorização do corpo no sentido da saúde como questões sociais que envolvem o homem (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

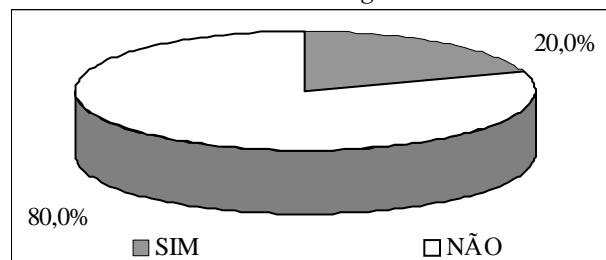
Gráfico 5 - Distribuição percentual da amostra acerca da utilização dos serviços público de saúde



De acordo com o Gráfico 5, 90% dos entrevistados afirmam que utiliza os serviços públicos de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) há mais de 20 anos, vem garantindo acesso a toda a população brasileira e apresentando como porta de entrada do sistema a unidade básica de saúde, por estar próxima das pessoas e da comunidade.

Neste contexto a saúde do homem não era priorizada entre as políticas públicas de saúde, mas com a necessidade de uma maior atenção a população masculina, esta passou a ser uma das prioridades do governo nos últimos anos. Pensando nisso o Ministério da Saúde elaborou a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) com o intuito de atingir todos os aspectos da saúde masculina nos seus ciclos vitais (BRASIL, 2008). Além disso, a mesma orienta-se pelas diretrizes: da integralidade, organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sintam-se integrado.

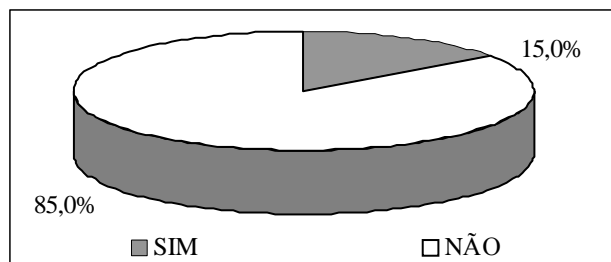
Gráfico 6 - Distribuição percentual da amostra sobre o uso de medicamentos regularmente



De acordo com o Gráfico 6, é possível observar que 80% dos entrevistados afirmam não fazer uso de nenhum tipo de medicamento. O uso de medicamento continua é considerado um desafio para os pacientes uma vez que a adesão causa mudanças no estilo de vida dos usuários que necessitam de fazer tal uso.

Maciel (2009) comenta que a medicação é usada, como alternativa rápida e econômica, para resolver os problemas de saúde de forma curativa e não preventiva, ocasionando, assim, a interação da demanda da população masculina com o serviço de saúde, uma vez que os homens só procuram o atendimento quando são acometidos por alguma patologia ou para receber a medicação. O que não é o caso da nossa pesquisa, pois a maioria da amostra estudada não faz uso de medicamento regularmente.

Gráfico 7 - Distribuição percentual da amostra segundo internação hospitalar nos últimos dois anos.



De acordo com o Gráfico 7, a grande maioria da amostra não precisou de internação hospitalar nos últimos dois anos, apenas 03 homens relatou ter necessitado de internação. Esse grupo de homens pesquisado nos faz refletir que mudanças de comportamentos e hábitos só vem beneficiar a saúde e proporcionar uma qualidade de vida, isso foi possível observar no decorrer desse estudo, uma vez que a maioria do grupo estudado não fuma, não bebe e pratica atividade física, conseqüentemente tendem a adoecerem menos diminuindo o número de internações.

No entanto, segundo Brasil (2008), as principais causas de internações do gênero masculino com faixa etária entre 25-59 anos em 2007 foram por: doenças do aparelho digestivo; circulatório; respiratório; tumores; outras causas (Asma, DPOC,

Pneumonia, Hipertensão arterial, coronariopatias, dentre outras) e causas externas (acidentes e violência). O que não corrobora com a nossa pesquisa, que, mesmo apresentando a faixa etária preconizada com a PNAISH a maioria da amostra não apresentou necessidade de internação.

CONCLUSÃO

Nessa perspectiva a atenção a saúde primária deve formular estratégias que possam atrair cada vez mais o público masculino independentemente da faixa etária, nível de escolaridade, condições econômicas e hábitos de vida, o importante é incentivá-lo para que se transforme em um potencial cuidador de sua saúde e de seus familiares e/ ou sociedade, e que se torne um multiplicador dessas ideias melhorando a sua qualidade de vida e das pessoas ao seu redor.

Ressaltamos ainda que é possível organizar políticas de saúde no sentido de desenvolver estratégias e capacitar profissionais para atuarem no programa de saúde do homem, afim de que os usuários masculinos sejam atendidos da mesma forma dos demais membros da família. Essa iniciativa tem começado de maneira incipiente e se traduz em um desafio para todos os que estão envolvidos com a assistência a saúde na atenção básica.

R E F E R Ê N C I A S

- ALBANO, B. R. ; BASÍLIO, M. C. ; NEVES, J. B. desafios para a inclusão dos homens no serviços de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga-MG v. 3, n. 2, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**. Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria da atenção à Saúde Departamento de ações programáticas Estratégicas. **Políticas Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, agosto, 2008.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. E. . Como Vive o Idoso Brasileiro?. In: Ana Amélia Camarano. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**. 1 ed. Rio de Janeiro: IPEA, v. 1, p. 25-73, 2006.
- GOMES, M. M. F.; TURRAS C. M.; FÍGOLI, M. G. B. Condições de saúde versus estado marital: uma análise exploratória com base nos dados do Projeto SABE 2000. **In. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. ABEP, Caxambu - MG - Brasil, 2010.
- JULIÃO, G. G. WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem de estratégia de saúde da família. **Revista enfermagem**. UFSM. v. 1, n. 2, 2011.
- MACIEL, P. S.O. **O Homem na Estratégia de Saúde da Família**. 2009. 80f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2009.
- MATSUDO, S. M. M.. Envelhecimento, atividade física e saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde Impr.**, n.47, São Paulo abr. 2009.
- NOCE, C. W. REBELO, M. S. avaliação da relação entre tamanho do tumor e características sociais em pacientes com carcinoma de células escamosas bucal. **Revista Brasileira cancerologia**. V. 54, n. 2, 2008.
- OSHIRO M. L. **Fatores para não adesão ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial em Campo Grande**, Ms: Um Estudo de Caso e Controle. Tese de Doutorado - Universidade de Brasília, Brasília/DF, 2007. Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br>. Acesso em 03 de out.2012.
- PINTO, M. UGÁ, M. A. D. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. **Revista Brasileira Saúde Pública**. v. 43, n. 3, 2011.
- SILVA, S. O. **Cuidado na perspectiva de homens: um olhar da enfermagem**. Dissertação do mestrado, 2010, 97 f
- PEREIRA, R.J.; et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v.2, n. 1, jan/abr. 2006.

Data de recebimento para publicação: 15.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 25.04.2013.

A Pessoa Idosa Hospitalizada: Análise do Processo de Cuidar

The Hospitalized Elderly: Analysis of Caring

Claudia Gorete Lopes Silva¹

Carlos Bezerra de Lima²

Maria de Magdala Nóbrega³

Ana Paula Dantas Silva Medeiros⁴

RESUMO: As projeções da Organização Mundial de Saúde revelam que no ano 2050 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas acima de sessenta anos. Nesse contexto o trabalhar a saúde desses indivíduos é de grande importância. Diante disso o governo brasileiro criou no âmbito do SUS o programa de saúde do idoso, que objetiva garantir atenção integral à saúde da população com sessenta ou mais anos de idade, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo. Sob esta perspectiva, o presente estudo se caracteriza como uma pesquisa exploratória, desenvolvida mediante abordagem quantitativa e qualitativa, objetivando analisar como se dá o processo de cuidar da saúde do idoso hospitalizado. A população da pesquisa foi constituída por noventa (90) enfermeiros que compõem a equipe de enfermagem do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro. A amostra foi constituída por vinte (20) enfermeiros que atuam na prática assistencial. Os resultados revelam predominância do sexo feminino na enfermagem e com faixa etária jovem, em grande parte especialista. Observa-se ainda que grande parcela dos enfermeiros planeja o cuidado a ser prestado ao idoso, porém constatou-se muitas dificuldades por parte dos entrevistados, que em sua maioria se dizem despreparados para o cuidar frente à população idosa. Contudo, no que diz respeito ao cuidar do idoso, faz-se necessário repensar o significado de envelhecimento e os conceitos que orientam a formação de profissionais da saúde e preparam pessoas para cuidar de idosos. O cuidado percebido como adequado e de qualidade é o que engloba técnica, conhecimento e o saber conviver com paciência e atenção.

UNITERMOS: Necessidade de Cuidados de Enfermagem. Pessoa Idosa Hospitalizada. Postura do Enfermeiro na Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT: *The projections of the World Health Organization show that in 2050 Brazil will be the sixth country in the world with the greatest number of people over sixty years. In this context the work of these individuals health is very importance. Thus the Brazilian government created under the SUS health program for the elderly, which aims to guarantee comprehensive health care for the population with sixty or more years old, with an emphasis on healthy and active aging. From this perspective, this study is characterized as an exploratory research, developed through a quantitative the approach, aiming to analyze how the process of caring for the health of the qualitative hospitalized elderly is. The research population consisted of ninety (90) nurses who make up the nursing staff of the Mr. Janduhy Mr Carneiro. The sample consisted of twenty (20) nurses who work there in practice. The results show a predominance of females in nursing and aged young, largely specialist. It was also observed that a large proportion of nurses plan care being provided to the elderly, however it was found many difficulties on the part of respondents, most of who say they are unprepared to handle the front of the elderly population. However, with regard to caring for the elderly, it is necessary to rethink the meaning of aging and the concepts that guide the training of health professionals and prepare to care for elderly people. Perceived as adequate care and quality is what encompasses technical knowledge and knowing how to live with patience and attention.*

KEYWORDS: *Elder Hospitalized. Need for Nursing Care. Posture of Nurses in Nursing Care.*

1. Artigo extraído do tcc apresentado à Coodenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP para obtenção do título de enfermeira.

2. Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Rua Dantas Barreto, nº 39, Riacho do Meio, São José do Egito-PE, CEP 56700-000 E-mail: claudialopes050712@hotmail.com.

3. Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

4. Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

5. Enfermeira. Especialista. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

A saúde do idoso está contemplada na política do Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva garantir atenção integral à saúde da população com sessenta anos e acima desta idade, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo. O rápido aumento da população idosa observado no Brasil resulta em uma crescente demanda por serviços de saúde e constitui um dos maiores desafios para as práticas no âmbito da rede pública. Isso desencadeará uma rede de problemas com repercussões sobre a qualidade da assistência à saúde.

De acordo com dados estatísticos oficiais atualmente o Brasil apresenta um contingente de vinte milhões de pessoas idosas, que segundo algumas previsões terá nas próximas décadas, um acréscimo duas vezes maior que o da população geral. As projeções da Organização Mundial de Saúde revelam que, no ano 2050, o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas acima de sessenta anos.

Frente a esse cenário, o Brasil começa a ser considerado como um país de idosos, em um movimento inverso de sua pirâmide etária. Esta mudança provocará uma cadeia de problemas com repercussão sobre a qualidade da assistência à saúde, gerando impactos econômicos de grande magnitude para a sociedade. Ressalte-se que, tanto como usuário da atenção básica como na hospitalização, a média de permanência do idoso é aproximadamente duas vezes ou mais que nas outras faixas etárias.

Ao contrário do que se presume habitualmente, o envelhecimento é um processo universal compreendido por redução nas atividades funcionais, continua inerente a todos os animais, que começa logo após o nascimento. Nos seres humanos este processo é influenciado pelo ambiente físico, político e cultural em que ele está inserido, por isso cada indivíduo envelhece de forma distinta e particular.

Esses pressupostos levaram-nos a escolher o tema saúde do idoso para desenvolver uma pesquisa, visando à construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A importância deste estudo justifica-se frente a uma população em franca expansão que tem diversas vezes suas necessidades de saúde não atendidas, acarretando problemas pouco conhecidos tanto pelo setor público em geral quanto pelos profissionais da área de saúde.

A partir destas considerações, acreditamos que o conhecimento produzido nesta área possibilitará conhecer mais detalhadamente a demanda de cuidados de enfermagem e assistência prestada ao idoso, com foco nas relações existentes entre o processo de envelhecimento e a necessidade de cuidados específicos.

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, tendo sido desenvolvido mediante uma abordagem quantitativa e qualitativa. O material empírico foi coletado no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, na cidade de Patos-PB, por constituir-se em campo de prática da pesquisadora, o que facilita o acesso.

A população da pesquisa foi constituída por noventa (90) enfermeiros que compõem a equipe de enfermagem do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro. A amostra foi

constituída por vinte (20) enfermeiros que ali atuam na prática assistencial, deste hospital e se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: Que assista à pessoa idosa hospitalizada, e que se encontre no hospital no momento da coleta de dados. Todos os enfermeiros participantes do estudo concordaram livremente em fazer parte da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (LIMA, 2009)

Para orientar o processo de desenvolvimento do estudo foram elaborados os seguintes objetivos: Geral - Analisar como se dá o processo de cuidar da saúde do idoso hospitalizado. Como objetivos específicos - Descrever as posturas assumidas pelos trabalhadores de enfermagem ao cuidar do idoso hospitalizado; identificar as necessidades de enfermagem detectadas pelo enfermeiro no cuidar do idoso hospitalizado; discutir os achados em articulação com a assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado focada em intervenções de apoio emocional e de comunicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo abordamos os resultados inerentes à pesquisa, os quais foram analisados e discutidos à luz da literatura revisada. Os dados sócio demográficos foram apresentados em forma de tabelas, enquanto que os especificamente referentes aos objetivos da pesquisa aparecem em gráficos e quadros.

Tabela 1 - Caracterização da amostra em relação a gênero.

Gênero	Frequência (Nº)	Percentual (%)
Masculino	03	15%
Feminino	17	85%
TOTAL	20	100%

Fonte: Pesquisa realizada no Hospital Regional de Patos (PB) em 2012.

A amostra selecionada para a presente pesquisa foi formada por vinte (20) profissionais de enfermagem que atuam na clínica médica do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, sediado na cidade de Patos PB. Destes profissionais 17 (85%) são do sexo feminino e 03 (15%) do sexo masculino.

Fazendo-se uma retrospectiva histórica na literatura específica da prática assistencial da enfermagem é possível encontrar referência acerca da diferença de gênero a partir das origens da Enfermagem Moderna, considerando o que afirma Costa *et al.* (2009, p.667) “Para Florence, a Enfermagem era compreendida, tanto como vocação quanto como profissão, e os dois aspectos deviam estar unidos, sendo que qualquer mulher poderia vir a ser uma boa enfermeira”.

A constatação de que a maioria dos enfermeiros pertence ao sexo feminino, reflete a realidade da enfermagem brasileira, que é exercida eminentemente pela categoria feminina. Em levantamento feito pelo Conselho Federal de Enfermagem em 2005 foi constatado que as mulheres representavam naquela época 92,36% dos profissionais que a exerciam. Os dados da presente pesquisa foram coletados sete anos após a pesquisa do COFEN, e ao longo desses sete anos, pode ter havido

modificação nos quadros dos profissionais de enfermagem no Brasil, o que carece investigação.

A diferença de gênero nos quadros do pessoal de enfermagem encontra guarida em autores que apontam algumas características típicas desta profissão, tais como: o profissional de enfermagem permanece 24 horas por dia junto ao paciente, cuidando de suas necessidades, dando-lhe apoio, orientando quanto ao autocuidado, bem como desenvolvendo atividades diretamente relacionadas à promoção da saúde e recuperação das condições satisfatórias de bem-estar, respondendo pela execução de cerca de 60% das ações de saúde, com predominância o profissional do gênero feminino (OJEDA *et al.*, 2008).

Tabela 2 - Caracterização da amostra em relação à faixa etária.

Faixa Etária	Frequência (N°)	Percentual (%)
20 – 30 anos	14	70%
31 – 40 anos	04	20%
Mais de 40 anos	02	10%
TOTAL	20	100%

Fonte: Pesquisa realizada no Hospital Regional de Patos (PB) em 2012.

A faixa etária entre vinte e trinta anos foi a mais prevalente, compreendendo 70% da amostra, seguida de 20% que compõe a faixa etária de trinta e um a quarenta anos e 4% dos que tinham mais de quarenta anos.

Estes dados refletem o fato de que a enfermagem no Brasil notabilizou-se a partir do desempenho de Florence Nightingale no final do século XIX, tomou um rumo direcionado pela Escola de Enfermagem Ana Neri, no Rio de Janeiro, escola padrão para a formação de profissionais de enfermagem neste país. Acompanhou o desenvolvimento social, científico e tecnológico ao logo de quase dez décadas, sendo que atualmente os profissionais de enfermagem procuram aprofundar seus conhecimentos nos aspectos científicos, tecnológicos e humanísticos, para atender às exigências de uma profissão reconhecida e regulamentada (PADILHA *et al.*, 2009). Apresenta um mercado de trabalho em expansão, que atrai cada vez mais a procura de candidatos aos cursos de nível técnico e superior, com larga experiência em pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*.

Tabela 3 - Caracterização dos enfermeiros entrevistados quanto à titulação.

Titulação	Frequência (N°)	Percentual (%)
Graduação	09	45%
Especialização	10	50%
Mestrado	01	05%
TOTAL	20	100%

Fonte: Pesquisa realizada no Hospital Regional de Patos (PB) em 2012.

Em nível de formação dos sujeitos participantes deste estudo, observa-se que dos vinte enfermeiros, dez (50%) fizeram pós-graduação *lato sensu* uma modalidade de especialização, nove

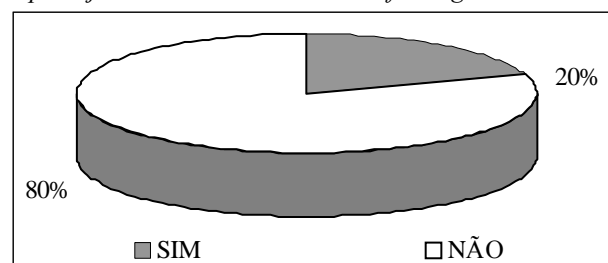
(45%) têm apenas graduação e um enfermeiro (5%) fez pós-graduação *stricto sensu*, em nível de mestrado.

A assistência à saúde do idoso exige profissionais com formação específica, qualificados e atualizados em cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica. Por outro lado, a enfermagem necessita de práticas que valorizem a humanização do cuidado que tem como foco de atenção as dimensões biológica, psicológica, social, espiritual, ética e estética da pessoa sob os cuidados do enfermeiro (SILVA; PEREZ 2010). Os dados deste estudo não permitem discutir a formação do enfermeiro nos aspectos atinentes à saúde do idoso, o que gera a expectativa da realização de novos estudos nesta área, em níveis de graduação e de pós-graduação, bem como nos aspectos relativos à humanização do cuidado.

A questão que se coloca é se os enfermeiros que estão no mercado de trabalho estão preparados para prestar uma assistência voltada a entender, compreender e suprir as necessidades do idoso. Assim, Silva e Perez (2010) ressaltam a necessidade urgente de se desenvolver propostas de formação que possam desenvolver competências nos profissionais, pois novas modalidades de assistência vão ganhando relevância, em particular o cuidado gerontológico.

Em todos os níveis de complexidade da assistência à saúde do idoso, inclusive no contexto hospital, é preciso que o profissional de enfermagem possa desenvolver ações com competências e habilidades para assistir melhor o idoso, criando condições favoráveis no ambiente de trabalho (CECERE *et al.*, 2008).

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos do estudo mediante o planejamento dos cuidados de enfermagem ao idoso.



Fonte: Pesquisa realizada no Hospital Regional de Patos (PB) em 2012.

Os dados contidos no Gráfico 1 revelam que, quando foi questionado se os enfermeiros planejavam os cuidados ao idoso hospitalizado, dezesseis deles (80%) dizem que sim, e quatro deles (20%) dizem que não planejam os cuidados, e apenas seguem normas e rotinas da instituição, assim deixando a desejar quanto aos cuidados específicos e capacitação referente ao idoso.

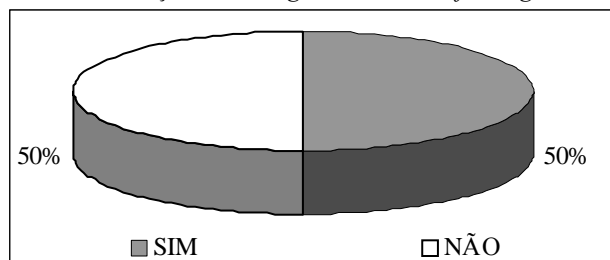
Ressalte-se que um dos objetivos importantes da assistência de enfermagem é avaliar como se dá o processo de cuidar da saúde do idoso hospitalizado. Isso porque a percepção que se tem é que o profissional de enfermagem, embora se sinta preparado, percebe a necessidade de estudar melhor a área de geriatria e gerontologia e preparar-se mais adequadamente para cuidar da pessoa idosa (SANTOS *et al.*, 2010).

Para que o cuidado seja concretizado de maneira eficiente e eficaz, requisitos além de habilidades são necessários, como o compromisso, a vontade, a intencionalidade e o envolvimento, pois cuidar não é uma tarefa fácil, mas uma área complexa que se caracteriza como uma via de mão dupla, na qual se colocam um profissional que cuida e uma pessoa que recebe do mesmo cuidados (SILVA; PEREZ, 2010).

Assim, os profissionais são continuamente desafiados ao ensino, à aprendizagem, à interação e ao diálogo conscientizado (PROCHET *et al.*, 2012).

Corroborando com a temática do cuidar da pessoa idosa hospitalizada, adverte Cecere (2008) que dificuldades existem e permeia o ambiente hospital, o que implica buscar um caminho alternativo e eficaz para satisfação das necessidades do cuidar do idoso, um caminho que extrapole as dimensões das normas e rotinas, um desempenho fundamentado em evidências científicas, o que implica a sistematização da assistência (LIMA, 2011). Esta, apesar de constituir um trabalho árduo, é possível e imprescindível para a resolutividade e eficiência na assistência de enfermagem como um todo, especialmente, na área gerontológica (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Gráfico 2 - Resposta dos entrevistados acerca da determinação dos Diagnósticos de Enfermagem.



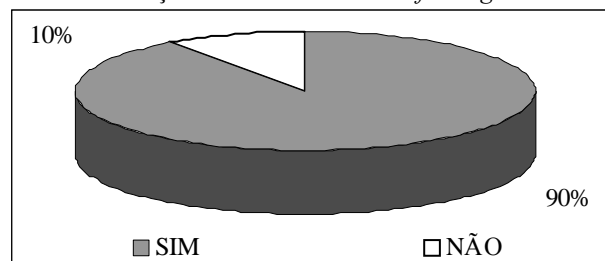
Fonte: Pesquisa realizada no Hospital Regional de Patos (PB) em 2012.

Quando questionados se os diagnósticos de enfermagem são determinados, dez enfermeiros entrevistados (50%) afirmam que sim, e dez (50%) dizem que não, o que compromete a qualidade da assistência de enfermagem prestada às pessoas idosas, principalmente aquelas que se encontram hospitalizadas.

O cuidado de enfermagem pressupõe a determinação de diagnósticas para a prescrição e implementação de ações que venham a contribuir para a promoção da saúde, prevenção de agravos e melhora nas condições de vida da pessoa sob os cuidados do profissional de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011). Em outros termos, os diagnósticos de enfermagem caracterizam-se como o julgamento clínico do enfermeiro acerca da necessidade de intervenção de enfermagem (SANTOS, *et al.*, 2010).

Particularmente na área de saúde do idoso, a realidade envolve cuidados abrangentes que atendam às diferentes dimensões da pessoa humana, o que implica a sistematização da assistência, com a determinação de diagnósticos e prescrição de cuidados específicos. Isso exige que os enfermeiros tenham conhecimento científico e habilidades específicas para atender às necessidades das pessoas idosas com eficiência e eficácia (SMELTZER *et al.*, 2009).

Gráfico 3 - Distribuição dos entrevistados quanto à evolução de assistência de enfermagem.



Fonte: Pesquisa realizada no Hospital Regional de Patos (PB) em 2012.

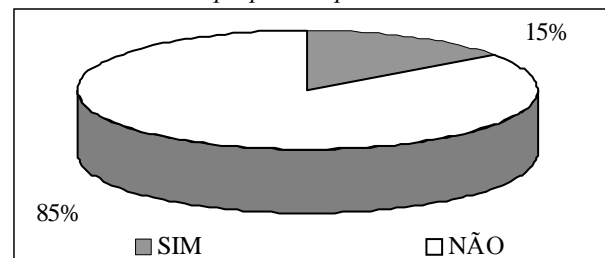
Quanto à questão se o enfermeiro faz evolução de enfermagem, os profissionais entrevistados mostraram-se mais aptos a responder, sendo que dezoito (90%) disseram sim e dois (10%) dizem não fazer evolução de enfermagem.

A hospitalização em si já tende a gerar e reforçar sentimentos negativos na pessoa idosa, o que exige do profissional de enfermagem uma visão holística da pessoa humana sob seus cuidados para que possa contribuir para o enftretamento da situação vivida. A assistência deve ser realizada através de ações que favoreçam o estar junto com, e o proporcionar conforto físico, mental, psicológico e espiritual à pessoa assistida e, conseqüentemente, àquela que a assiste (CARVALHAIS; SOUSA, 2011).

Estudos já realizados comprovam que o próprio processo de envelhecimento leva a uma lentidão orgânica maior no ser humano (SMELTZER *et al.*, 2009), constituindo um aspecto negativo na pessoa idosa. Esta característica revela que para alguns idosos estar hospitalizado, longe da família torna a vida sem sentido e, assim eles se tornam infelizes e deprimidos. Portanto, fazendo-se um histórico do idoso durante sua hospitalização podem ser desenvolvidos métodos que tendam a minimizar tais sentimentos, visando reduzir o tempo de estadia e acelerar a recuperação, pois no simples conversar o idosos adquire confiança e tende a diminuir o nível de estresse e depressão.

Ressalte-se que é necessário avaliar o grau de dependência e instituir medidas voltadas para o alcance de maior grau possível de independência funcional e autonomia do idoso hospitalizado. Mais uma vez ressaltamos a necessidade do enfermeiro exercer a assistência à pessoa idosa a partir da determinação de diagnósticos e prescrição de cuidados específicos (CECERE, 2010).

Gráfico 4 - Caracterização da amostra referente à questão de estar ou não preparado para cuidar dos idosos.



Fonte: Pesquisa realizada no Hospital Regional de Patos (PB) em 2012.

Conforme apresenta o Gráfico 4, dezessete enfermeiros (85%) dizem não estar preparados para cuidar da pessoa idosa hospitalizada, enquanto um total de três (15%) afirmam que sim, estão preparados. Isto fica evidenciado nas justificativas dos enfermeiros, citando dificuldades as mais diversas, tais como: falta de habilidades e conhecimento, falta de capacitação profissional. A instituição não adota a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como protocolo, falta de estrutura física da instituição, bem como falta de humanização e treinamento da equipe.

Esse fato é preocupante, pois apesar dos profissionais terem algum conhecimento do processo de envelhecimento, cabe aos mesmos aprimorá-los para oferecer uma melhor assistência, além da já discutida necessidade de determinar diagnósticos e prescrição de cuidados de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Em outros termos, isso corre por a equipe de enfermagem atender a uma demanda de usuários variada, que resulta numa complexidade de situações que exigem habilidades e competências as mais variadas e específicas (SILVA; PEREZ, 2010).

Nos quadro 1 e 2 para garantir o anonimato dos sujeitos participantes deste estudo os mesmo foram denominados S1, S2 e sucessivamente até o S20.

Quadro 1 - Demonstração de dificuldades encontradas pelos enfermeiros no processo de cuidar do idoso.

QUESTIONAMENTO	RESPOSTA
Quais as principais dificuldades encontradas no processo de cuidar do idoso hospitalizado?	<p>“Desconhecimento em gerontologia ou falta de capacitação para entender o idoso em suas necessidades.” (S1, S12, S13, S18).</p> <p>“Estrutura física inadequada e despreparo da equipe com implicações para a interação entre família e profissionais” (S2, S3, S7, S14).</p> <p>“Estrutura física inadequada, falta de equipamentos e materiais para cuidar do idoso” (S4, S5, S8, S9, S15, S16, S17, S19).</p> <p>“Insuficiência de profissionais para atender à demanda do serviço” (S6, S10).</p> <p>“A resistência ao tratamento por parte do idoso, exigindo diálogo diferenciado” (S11).</p> <p>“A falta de humanização no processo de cuidar” (14, 17, 20).</p> <p>“Interferência de familiares dificultando o atendimento” (S7, S20).</p>

Fonte: Pesquisa realizada no Hospital Regional de Patos (PB) em 2012.

O discurso do sujeito coletivo relaciona uma série de dificuldades para o processo de cuidar do idoso hospitalizado,

entre tais dificuldades, a questão de competências e habilidades tem significado muito importante. A afirmativa de que o desconhecimento em gerontologia ou falta de capacitação para entender o idoso em suas necessidades coloca a saúde desta clientela em risco. Não se concebe uma equipe com a responsabilidade de cuidar do idoso hospitalizado despreparada, contudo, nem sempre a realidade apresenta profissionais com o perfil desejado para cuidar do idoso. Ressalte-se que esse perfil exige formação específica em cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica (SILVA; PEREZ, 2010). O fato de o profissional sentir-se despreparado constitui um dos fatores que interferem na assistência ao idoso (PROCHET *et al.*, 2012).

A questão do despreparo remete a equipe de enfermagem a uma prerrogativa importantíssima, pois o profissional que integra essa equipe é aquele que permanece maior tempo junto à pessoa internada no hospital. Isso permite que ele conheça mais detalhes acerca das condições e necessidades de intervenção, visando ao conforto e bem estar, o que exige do enfermeiro conhecimentos teóricos e habilidades práticas para gerir a complexidade de situações que possam apresentar o paciente na condição de idoso hospitalizado (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

Outro dado importante no discurso coletivo diz respeito à estrutura física inadequada, agravado com o despreparo da equipe, que repercute na interação entre família e profissionais. A estrutura física inadequada traz sérias implicações para cuidar do idoso, no que diz respeito a acessibilidade, dificultando o deslocamento do idoso aos diversos lugares, tais como “Banheiros desprovidos de barras de segurança, com piso escorregadio ou espaço estreito para o uso seguro da cadeira de banho” (PROCHET *et al.*, 2012, p. 96). Por outro lado, essa questão tem implicações para a acomodação de familiares necessários ao acompanhamento e cuidado de seu familiar idoso hospitalizado.

Os problemas atinentes à estrutura física são ainda agravados pela falta de equipamentos e materiais para cuidar do idoso, uma pessoa com suas capacidades funcionais agravadas pelo próprio processo de envelhecimento e, às vezes, por doenças que constituem causa de internação. A doença e a hospitalização do idoso envolvem diversos sentimentos e significados, que resultam em emoções e conflitos difíceis de vivenciar, resolver ou verbalizar. Quando não resolvidos podem gerar agravamento do quadro, depressão, comprometendo a qualidade de vida (CARVALHAIS; SOUSA, 2011).

A insuficiência de profissionais para atender à demanda do serviço foi outra dificuldade referida no discurso do sujeito coletivo deste estudo, o que compromete a qualidade da assistência ao idoso hospitalizado. Corroborando com esta problemática, Carvalhais e Sousa (2011, p.79) referem que dada a complexidade do cuidar de idosos, “o enfermeiro para prestar cuidados tem de estar disponível, em termos emocionais e de tempo, ou os cuidados perdem qualidade. “Ressalte-se que, a insuficiência de pessoal para compor a equipe de enfermagem caracteriza desorganização e falta de compromisso com a oferta de serviços de saúde de qualidade.

A Interferência de familiares dificultando o atendimento foi outra dificuldade estranhamente apontada pelos enfermeiros

entrevistados. Isso porque o hospital não pode ser entendido como o local ideal para a pessoa idosa. Sua hospitalização deve ser concebida como circunstancial, uma situação provisória. Mesmo na hospitalização, a pessoa idosa deve ser acompanhada permanentemente em seu *habitat* natural, que é o seu lar, em meio a seus familiares e amigos. Este processo confere à família um papel ativo na vivência do cuidado da saúde de seus membros. Ressalte-se que, com o envelhecimento surgem dificuldades e insegurança, decorrentes do despreparo das pessoas para cuidar de seus familiares idosos. Tais dificuldades podem decorrer ainda porque as pessoas estão sobrecarregadas de responsabilidades relativas a trabalhos, criação dos filhos, entre outras (PAPALÉO NETO, 2007).

Quadro 2 - Demonstração de sugestões apresentadas pelos enfermeiros entrevistados para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado.

QUESTIONAMENTO	RESPOSTA
Que sugestões você daria para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado?	<p>Dar maior importância ao ensino de gerontologia na graduação de enfermagem (S 01)</p> <p>Fazer capacitação dos profissionais para o processo de cuidar dos idosos. (S 02, 05, 06, 10, 14, 16, 18, 20)</p> <p>Promover palestras educativas para acompanhantes sob a perspectiva do trabalho humanizado (18)</p> <p>Cuidar do idoso respeitando seus direitos como cidadão. (S 04)</p> <p>Olhar o idoso como pessoa com características específicas relacionadas ao envelhecimento, e que necessita de cuidados também específicos. (S 01)</p> <p>Prestar cuidados individualizados, com tempo para o idoso ser ouvido, escutando suas queixas e valorizando-o com dignidade. (S 04, 06, 08, 09, 11, 18)</p> <p>Trabalhar a equipe em relação à assistência humanizada. (S 01, 03, 07, 15, 20)</p> <p>Institucionalizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (S 11, 13, 19)</p> <p>Fazer adequação dos ambientes hospitalares para atender às necessidades específicas da velhice: Pisos anti derrapantes, barras de apoio nos banheiros, entre outros ambientes. (S 01, 05, 17)</p>

Fonte: Pesquisa realizada no Hospital Regional de Patos (PB) em 2012.

O envelhecimento é uma realidade importante do mundo atual, devido ao aumento da população idosa, que está cada vez mais susceptível a adoecimentos, devido à diminuição do metabolismo, alterações físicas, psicológicas e de saúde

(SMELTZER *et al.*, 2009). Dessa forma a enfermagem tem papel importante no cuidado a esses indivíduos.

Em relação ao aprendizado dos enfermeiros inerente aos idosos, urge que os profissionais de enfermagem aprendam a desenvolver paciência e controle emocional, pois os idosos exigem atenção e desejam que as tarefas sejam realizadas. Saber o que os enfermeiros pensam sentem e fazem proporciona oportunidade não só para reflexão da prática, mas permite que medidas reais sejam tomadas e fortaleçam o vínculo de quem cuida e de quem é cuidado (PROCHET *et al.*, 2012). O profissional de enfermagem deve preparar-se teoricamente e instrumentalizar-se para saber gerir a complexidade do paciente diante das múltiplas implicações na sua área de governança, assim como direcionar seus cuidados, relacionando-os a uma atitude diante da vida, diante do outro, do social, do ambiente (SILVA; PEREZ, 2010).

Contudo, os enfermeiros tendem a prestar os cuidados de forma mais apressada, dispensando a esses o mínimo de tempo necessário e sempre procurando justificativas no cumprimento de rotinas impostas pela instituição, centrando-se apenas nos cuidados técnicos e na execução de rotina evitando os cuidados mais expressivos (CARVALHAIS; SOUZA, 2011).

Os idosos hospitalizados olham de modo positivo os comportamentos e as técnicas dos enfermeiros que garantem a execução correta e sem causar desconfortos e danos. Tais circunstâncias ajudam os pacientes idosos a sentir-se confiantes, seguros e principalmente a acreditar que o seu estado de saúde vai melhorar e a contribuir para a realização de técnicas se necessário (SILVA; PEREZ 2010). Entende-se ainda que para direcionar as ações e a continuidade dos cuidados aos idosos é preciso se envolver, se comprometer, determinar as ações o que requer respeito, estímulo e abertura de espaço para favorecer tais cuidados (CECERE *et al.*, 2008).

As interferências ligadas às adaptações ambientais e administrativas foram as que valorizaram o ambiente com um todo, prevendo segurança para os idosos, com grades em todas as camas, adaptações feitas nos banheiros (pisos, barras e aberturas das portas). As percepções que os entrevistados possuem a esse respeito identificam as necessidades mais comuns e distintas dos idosos hospitalizados. Porém, uma nova prática tem sido preconizada, na qual o cuidar envolve o acesso ao atendimento de profissionais de saúde capacitados, condição de espaço físico e ambiental apropriado, disponibilização de atividades de lazer e contato social, para oferecer um atendimento de qualidade, também é fundamental que as instituições assegurem aos profissionais o espaço para supervisão, estudos e reuniões. Além da qualificação continuada, esse contato é importante para que os profissionais possam dirimir suas dúvidas, angústias e ansios (SAMPAIO *et al.*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da população idosa brasileira é bastante evidente, assim como os fatores que implicam uma internação hospitalar aos idosos maiores de 60 anos. Foi a partir do aumento populacional e da identificação das necessidades no processo de cuidar dos idosos, que se realizou este estudo que atendeu

plenamente os objetivos a que se propôs.

O desenvolvimento da pesquisa possibilitou compreender melhor toda a problemática abordada neste estudo, possibilitando a construção de um texto contendo argumentos, que subsidiarão reflexões da equipe de enfermagem inerentes ao problema em estudo, além de servir de referência para o planejamento e implementação de ações que venham a contribuir para o bem-estar do idoso e para a redução do número de internações hospitalares, e do tempo que o mesmo passa internado em condições precárias de assistência, o que representa seu bem-estar e economia para a família e sociedade. Os resultados obtidos na pesquisa, referentes ao despreparo na assistência prestada aos idosos permitem a conclusão de que mais estudos sejam realizados, visando a uma assistência específica voltada aos idosos institucionalizados, tendo sempre como enfoque o bem estar dessa população.

No contexto hospitalar com os idosos as dificuldades identificadas foram àquelas voltadas aos mesmos, por serem pessoas dependentes do cuidado humanizado. No entanto, o acúmulo de tarefas e a limitação de tempo muitas vezes deixa pôr despercebido esse cuidado, afastando assim o contato e desfavorecendo uma assistência com qualidade. Além disso, a estrutura física ligada às adaptações ambientais e administrativas não promovem segurança e trazem-lhes desconforto, para tanto o profissional deve utilizar a criatividade, a iniciativa e os recursos pessoais na construção da integração e interação entre pessoas, as que cuidam e as que são cuidadas.

O fazer em enfermagem não deve ser voltado exclusivamente ao cumprimento de tarefas, mas deve ser

planejado e promovido numa compreensão de dualidade, sofrimento e prazer para assim possibilitar um cuidado de enfermagem de melhor qualidade com o sujeito alvo (SILVA; PEREZ, 2010).

Faz-se necessário repensar o que é envelhecimento e os conceitos que orientam e preparam pessoas para cuidar de idosos ou a formação de profissionais da saúde.

Os Enfermeiros participantes desta pesquisa reconhecem que em sua graduação se faz necessário aprofundar conhecimentos em gerontologia, assim assumindo que capacitações e estudo acerca da temática ajudariam a melhorar a qualidade de atendimento e cuidados na assistência prestada a idosos hospitalizados.

Torna-se necessário, então, que sejam desenvolvidas atividades acadêmicas que não apenas informem a respeito do envelhecimento, mas que formem profissionais que respeitem os limites e as peculiaridades decorrentes do envelhecimento tornando-os capazes de reconhecer as modificações físicas, emocionais e sociais do idoso.

Urgente se faz buscar as causas determinantes das atuais condições de saúde e de vida dos idosos e principalmente conhecer as alterações decorrentes do envelhecimento, para que hajam cuidados adequados na assistência. Considere-se que, o processo de envelhecimento é permeado por transformações em todos os aspectos de vida do sujeito e por isso não é possível ter um único conceito para definir o idoso, torna-se necessário, então conceitua-lo abordando todos esses aspectos, sejam eles biológicos, sociais, econômicos ou culturais (SAMPAIO *et al.*, 2011).

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Censo 2010**. Disponível em <www.ibicidade.com/2010/09/CENSO2010>. Acesso em 07/03/2012 às 20:00h.
- CARVALHAIS, M. D.; SOUSA, L. (2011) In _____ Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. **Revista de Enfermagem Referencial** Série-nº3 Março 2011. Disponível em <www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a08.pdf>. Acesso em 31-03-2012 às 20:00h.
- COSTA, R. *et al.*, O Legado de Florence Nightingale: Uma Viagem no Tempo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Out-Dez; 18(4): 661-9.
- CECERE, D.B.B. *et al.*, Compromisso ético no trabalho da enfermagem no cenário da internação hospitalar. **Revista Oficial do Conselho Federal de enfermagem. Enfermagem em foco**, 2010 Agosto; 1(2).
- LIMA, C. B. **Dispositivos legais norteadores da prática de enfermagem**. 2 ed. João Pessoa: C. Bezerra de Lima, 2009.
- LIMA, C. B. **Histórias de um enfermeiro: Sonhos, sedução, razão e emoções**. 2 ed. João Pessoa: C. Bezerra de Lima, 2011.
- OJEDA, B. S. *et al.*, Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. **Rev. bras. Enferm**, 2008, vol. 61, n.1, pp. 78-84.
- PROCHET, T. C. *et al.*, Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Rev. EscEnferm USP** 2012; 46 (1): 96-102.
- SMELTZER, S. C. *et al.*, **Tratado de enfermagem médico - cirúrgica**. - 11 ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- SANTOS, S. S. C. *et al.*, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para Idosos Deprimidos e Residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP). **Enfermeria Global**, nº 20 Outubro 2010.
- SAMPAIO, A. M. D.. *et al.*, Cuidadores de Idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. **Estud. Pesqui. Psicol**. Vol. 11 nº 2 Rio de Janeiro Ago. 2011.
- SILVA, C. G.; PEREZ, P. **Cuidados de enfermagem frente ao idoso hospitalizado**, (2010). Disponível em <www.webartigos.com/articles/49076/1/>. Acesso em: 7 out 2012.
- TANNURE, M.C. PINHEIRO, A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- KLEMBERG, D. F. *et al.*, O Processo de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Rev. Bras. Enferm**. Vol. 63 nº1 Brasília Jan/ Feb. 2010.

Data de recebimento para publicação: 15.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 26.04.2013.

Pessoas com Hipertensão Arterial: Avaliando a Assistência de Enfermagem¹

People With Hypertension: Evaluating Nursing Care

Suzana Soares do Nascimento²

Carlos Bezerra de Lima³

Talícia Maria Alves Benício⁴

Priscilla Costa Melquiades Menezes⁵

RESUMO: O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, desenvolvida mediante uma abordagem quantitativa, realizada em uma unidade básica de saúde da família localizada na cidade de Patos- PB. O estudo objetivou analisar o processo de assistência de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial no âmbito da atenção básica sob a ótica da população assistida. A população do estudo constou de vinte pessoas cadastradas no programa Hiper Dia, usuários da referida unidade de saúde. A amostra foi constituída de 10 pessoas que concordaram livremente em participar do estudo, que foi realizado no mês de agosto de 2012. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista contendo perguntas objetivas e subjetivas, sendo as entrevistas realizadas em data agendada de acordo com as conveniências dos participantes. Os resultados coletados foram apresentados em gráficos e tabelas, tendo sido submetidos à análise mediante estatísticas descritivas, e discutidos em articulação com a literatura revisada. Permitiram uma visão ampla acerca dos fatores contribuintes para o surgimento da hipertensão arterial, recomendações acerca de tratamento e recomendações não medicamentosas como medidas de prevenção a complicações da doença, bem como, acerca do atendimento do enfermeiro. Concluo esse estudo com muita satisfação, porque a enfermagem está apresentando um trabalho voltado para o cuidar. Os procedimentos são realizados com a preocupação de escutar, dar atenção e não apenas consultar, e compreenderas necessidades de intervenção para a promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas assistidas.

UNITERMOS: Hipertensão Arterial. Assistência de Enfermagem. Prevenção de Complicações.

ABSTRACT: *The current study is characterized as an exploratory research, developed by a quantitative approach, carried out at a basic unit of family health, in the city of Patos-PB. The research aimed at analyzing the procedure of nursing care for people with arterial hypertension at the primary health care, from the perspective of the assisted population. The study population consisted of twenty persons registered in the program "Hiper Dia", users of that health unit. The sample was composed of 10 persons who agreed to participate freely in the study, which was conducted in August 2012. The instrument used for data collection was an interview guide containing objective and subjective questions, being the interviews held on scheduled date according to the convenience of the participants. The results were analyzed by descriptive statistics and discussed based on the reviewed literature, being presented in graphs and tables. They allowed a broad understanding of the factors related to the onset of hypertension, recommendations about treatment and about non-drug measures to prevent the complications of the disease, as well as about the care of nurses. We conclude this study with great satisfaction, because nursing is presenting a work dedicated to care people. The procedures are performed with the intention of listening, paying attention and not just consult, and mainly understand the needs for intervention to promote health and quality of life of people assisted.*

KEYWORDS: Hypertension. Nursing Care. Prevention of Complications.

1. Artigo 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.

2. Acadêmica do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

3. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

4. Médica Veterinária. Doutoranda em Medicina Veterinária. Mestre em Medicina Veterinária. Professorado Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

5. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde. Especialista em Enfermagem do Trabalho.

INTRODUÇÃO

A decisão de estudar o tema hipertensão deu-se sob a expectativa de uma melhor visão de competências e habilidades para atender pessoas com hipertensão, sabendo o que elas estão achando do atendimento para que a equipe de enfermagem possa facilitar o seu tratamento.

O profissional de enfermagem deve saber identificar as possíveis complicações da hipertensão arterial que podem trazer conseqüências como outras patologias se não tiver um tratamento adequado, favorecendo orientações necessárias para a população.

A evolução clínica desta patologia é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz severas complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos e outras doenças. Sua característica crônica é silenciosa e dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema (TOLEDO *et al.*, 2007).

A hipertensão arterial tem uma contribuição significativa para modificações na qualidade de vida das pessoas, geralmente interfere na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano (PINOTTI *et al.*, 2008).

Torna-se assim perversa por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida dos indivíduos, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis. (TOLEDO *et al.*, 2007)

A realidade do contexto social em que ocorre a assistência aos usuários dos serviços de saúde revela um quadro nem sempre satisfatório. Por vezes, a falta de humanização que pode ser observada no cotidiano de alguns profissionais da saúde é assustadora, o que leva a crer que alguns estão ali por falta de opção. Felizmente, observam-se outros, que fizeram opção por esta área e verdadeiramente gostam da profissão. Entendemos que nisso repouse a causa de posturas assumidas pelo trabalhador nas relações com os outros profissionais e aqueles a quem se destina a prestação dos cuidados. Uma reflexão mais aprofundada acerca desta temática permite compreender o que move as pessoas no trabalho, mas também aquilo que as comove, pois valores e sentimentos dão a elas uma identidade em suas dimensões verdadeiramente humanas. Tais percepções possibilitam questionar se realmente a assistência de enfermagem está sendo oferecida devidamente, satisfazendo a população assistida.

O desenvolvimento deste trabalho permitiu compreender o nível de qualidade do atendimento que está sendo realizado pelos enfermeiros nas unidades de saúde da família. A partir das análises do material coletado foi possível identificar certas dúvidas das pessoas sob os cuidados de enfermagem em uma unidade básica da saúde no município de Patos (PB) em relação à hipertensão arterial, como conviver com a mesma com qualidade de vida, e refletir acerca de estratégias e métodos que favoreçam ao esclarecimento da população e garantam a qualidade da assistência.

Para orientar o processo de desenvolvimento da pesquisa

foram elaborados como objetivo geral: Analisar o processo de assistência de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial no âmbito de uma unidade de saúde da família sob a ótica da população assistida. E como objetivos específicos: Descrever o conhecimento dos sujeitos participantes deste estudo acerca da hipertensão arterial; definir o nível de satisfação desses sujeitos quanto à assistência de enfermagem em uma unidade básica de saúde; discutir os resultados em articulação com a prevenção de complicações decorrentes da Hipertensão Arterial.

Trata-se de um estudo exploratório, desenvolvido mediante uma abordagem quantitativa. Foi realizado com pessoas que apresentam hipertensão arterial cadastradas na Unidade Básica de Saúde Sebastiana Xavier. Esta unidade está localizada no bairro Bivar Olinto, na cidade de Patos (PB) onde é desenvolvido o programa Hiper Dia. Este programa visa acompanhamento de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial, com as quais realiza palestras, orientações individuais, consultas mensais em dias previamente agendados para o controle da doença e prevenção de complicações.

A população foi constituída de vinte (20) pessoas cadastradas na referida unidade básica de saúde e a amostra composta de (10) dez pessoas integrantes da população do estudo de ambos os sexos e que aceitaram participar desta pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Os critérios de inclusão utilizados foram: Estar cadastrado no programa Hiper Dia; e ter condições cognitivas de ser submetido ao instrumento. Os critérios de exclusão foram: Não comparecer no dia agendado para a reunião do Hiper Dia; e não comparecer no dia agendado para a consulta. Foi utilizado para coleta de dados um roteiro de entrevista contendo perguntas objetivas e subjetivas, construídas em articulação com os objetivos do estudo. A coleta de dados foi feita através de entrevista individual, realizada na unidade de saúde da família cenário deste estudo, tanto por ocasião da reunião do Hiper Dia, como por ocasião da consulta, quando foi dada explicação sobre a pesquisa, para o adequado consentimento, e retirada de possíveis dúvidas referentes à investigação.

Este estudo atendeu às diretrizes para pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 1996). Assim o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, localizado no município de Patos-PB, onde a pesquisa foi realizada com autorização da Secretaria de Saúde do município. Ressalta-se que a coleta só ocorreu após a aprovação do projeto pelo comitê de ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização das entrevistas, os dados coletados foram organizados e analisados através de uma abordagem quantitativa. Foram apresentados em gráficos e tabelas, e discutidos mediante estatísticas descritivas, em articulação com os autores citados na literatura revisada.

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos participantes do estudo por gênero.

Gênero	Nº	%
Masculino	05	50
Feminino	05	50
TOTAL	10	100%

Pesquisa realizada em uma unidade de saúde da Família em Patos (PB), 2012.

Conforme pode ser visualizado na tabela 1, que apresenta a distribuição dos sujeitos que compõem a amostra do presente estudo, acometidos por Hipertensão Arterial (HA) quanto ao gênero, sendo evidenciado um percentual de 50% mulheres e igualmente 50% homens. Esta coincidência revela um dado interessante, contrariando o que foi observado em documentos revisados, nos quais a incidência prevalente de hipertensão arterial é em homens, dependendo da faixa etária. Há informações de que a hipertensão arterial acomete mais frequentemente homens do que mulheres com idade aproximadamente até os 50 anos, acima desta idade a doença acomete mais as mulheres (CECIL, 2001).

O fato de a amostra ter sido composta igualmente por homens e mulheres instiga o seguinte questionamento: Esta coincidência seria indícios de mudança nos índices de hipertensão arterial? Ou, que fatores interferiram especificamente nestes resultados? Nossa inferência é que o estudo foi realizado em uma única unidade de saúde, não podendo ser generalizado. Porém, no atual contexto social vem ocorrendo considerável aumento no número de mulheres trabalhando no mercado formal, conseqüentemente, assumindo características que antes eram apenas dos homens, como o envolvimento com os problemas da empresa, que se somam aos do lar, o estresse decorrente do volume de trabalho, e novos hábitos sociais não favoráveis à saúde.

Ressalte-se que outros fatores de risco para hipertensão arterial são apontados na literatura revisada, tais como estilo de vida sedentário, dieta não saudável e a ausência da atividade física. Oportuno se faz evidenciar que o trabalho fora do lar gera situações de submissão da mulher ao sedentarismo, à necessidade de fazer refeições fora de casa, com altos índices de sal e gorduras, bem como, em decorrência do tempo que precisa dedicar ao trabalho no lar e no mercado formal, as mulheres têm menos condições de praticar atividades físicas. Tais fatores vêm gerando preocupações mundiais, por se constituírem em indicadores de risco à saúde, capazes de acarretar profundas conseqüências negativas à vida de indivíduos, famílias e comunidades (GUEDES; LOPES, 2010).

A leitura dos dados apresentados na tabela 1 permite levantar uma hipótese: A igualdade de gênero entre homens e mulheres participantes do estudo pode estar refletindo as mudanças ocorridas no usuário que procura atendimento nos serviços de saúde. Fatores sociodemográficos, disponibilidade de serviços de saúde próximos ao local de residência e nível de conhecimento acerca da morbidade das doenças têm se comportado como mediadores da demanda de pessoas para os serviços de prevenção e tratamento. Barreiras para o acesso aos cuidados de saúde bem como os níveis de conhecimento sobre

a gravidade do problema e das medidas de controle podem exercer importantes papéis na prevalência de complicações de doenças crônicas (NOBLAT, 2004).

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos participantes do estudo por faixa etária

Faixa Etária	Nº	%
40 a 50	02	20
51 a 60	00	00
61 a 70	04	40
71 a 80	04	40
TOTAL	10	100%

FONTE: Pesquisa realizada em uma unidade de saúde da Família em Patos (PB), 2012.

Quanto à faixa etária dos participantes do estudo, observa-se na tabela 2 que a maioria dos sujeitos acometidos por hipertensão arterial é composta de pessoas idosas, sendo 40% com idades entre 61 e 70 anos, e igualmente 40% deles estão entre 71 e 80 anos. Esta informação exige atenção especial de gestores e profissionais de saúde, sob a perspectiva de uma assistência especializada, que atenda às demandas da população idosa. Há informações na literatura revisada de que a hipertensão arterial acomete mais da metade dos idosos em todo mundo, dependendo dos fatores de risco. Há estimativas de que no ano de 2025, 7% de toda a população brasileira será composta de pessoas idosas com diagnósticos de hipertensão. Em outros termos, isso significa que 16 milhões de pessoas com mais de 60 anos estarão apresentando diagnóstico de hipertensão arterial (MONTEIRO *et al.*, 2003).

A atenção à saúde do idoso com hipertensão arterial deve constar como prioridade nas políticas sociais, particularmente nas ações desenvolvidas nos serviços de atenção básica, para que ele possa ter uma velhice saudável, com qualidade de vida. Convém salientar que o cuidado com os idosos implica oferecer serviços cuja estrutura apresente características que facilitem o acesso dos mesmos e o acolhimento de maneira adequada, respeitando suas limitações e proporções relevantes que os mesmos apresentem (MARIN *et al.*, 2012).

Em outros termos, o idoso precisa receber um atendimento diferenciado pela rede de atenção básica de saúde, com implicações para o conceito de necessidades de saúde contemplado nas políticas sociais, que vem sendo colocado em pauta. Surge como forma de ampliar a visão do cuidado com a saúde das pessoas, famílias e comunidades, promovendo superação do modelo de atenção centrado nos aspectos biológicos e na cura de doenças (MARIN *et al.*, 2012).

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos participantes do estudo pela cor

Cor	Nº	%
Branca	05	50
Negra	02	20
Parda	03	30
TOTAL	10	100%

FONTE: Pesquisa realizada em uma unidade de saúde da Família em Patos (PB), 2012.

Na tabela 3 observa-se que a maioria dos participantes do estudo é de cor branca, representando 50% da amostra, cujos demais componentes constituem-se de 20% negros, o menor percentual e 30% pardos. Portanto, mais uma vez os dados deste estudo contradizem informações contidas em pesquisas constates da literatura aqui revisada, que apresentam maior incidência de hipertensão arterial em pessoas de cor negra.

A partir dessas informações é possível questionar tais divergências: A diferença encontra-se no presente estudo, por ter sido realizado apenas em uma unidade de saúde regionalizada? Esta questão pode ser explicada pela significância da amostra estudada, que constou de apenas dez sujeitos? O que se encontra na literatura deve ser revisto? Observe-se que há informações categóricas como: Os negros têm mais chance de ter hipertensão do que os brancos e a prevalência de a hipertensão ser mais grave nos negros (CECIL, 2001).

Fica assim um alerta às autoridades em geral, especificamente da área de políticas de saúde e àqueles que tenham interesse pela temática abordada neste estudo para maiores e melhores investigações. Sem a pretensão de querer encerrar o questionamento, porém dando uma contribuição à temática, sentimos a necessidade de ampliar esta pesquisa para conferir estes resultados em uma amostra mais significativa.

Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos participantes do estudo por grau de escolaridade

Grau de Escolaridade	Nº	%
Sem escolaridade	03	30
1º Grau incompleto	05	50
1º Grau completo	01	10
2º Grau incompleto	00	00
2º Grau completo	01	10
3º Grau incompleto	00	00
3º Grau completo	00	00
Pós-graduação	00	00
TOTAL	10	100%

FONTE: Pesquisa realizada em uma unidade de saúde da Família em Patos (PB), 2012.

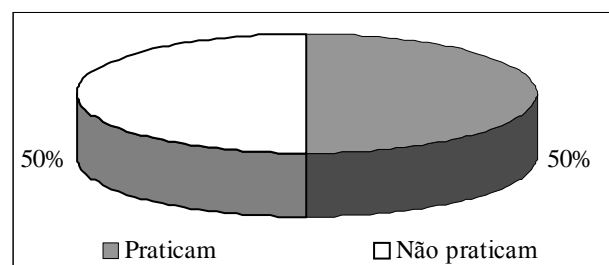
Dos dados obtidos nesta amostra 30% são de pessoas sem escolaridade. 50% com 1 grau incompleto, 10% 1 grau completo, 10% 2 grau completo, caracterizando baixo nível de escolaridade. Tal característica compromete o conhecimento específico dos entrevistados acerca da patologia em estudo, bem como dificulta a apreensão e compreensão das informações veiculadas no âmbito da unidade de saúde acerca do tratamento e prevenção de complicações. Tal característica exige um tratamento especial, para que essas pessoas compreendam realmente as implicações que a hipertensão pode causar para sua saúde se não houver um controle adequado.

Uma importante consequência para as pessoas que convivem com hipertensão é a ausência de sintomas visíveis. Há um traço característico de nossa cultura nordestina, particularmente junto às pessoas do sexo masculino, de procurar o serviço de saúde somente quando sentem algum agravante de

seu estado de saúde. O silêncio ou a falta de percepção de sintomas pode levar a complicações graves, que podem se desenvolver no organismo sem que o indivíduo perceba. Esta é a razão pela qual a doença hipertensão arterial recebeu o nome de assassina silenciosa (MONTEIRO *et al.*, 2005).

Há informações na literatura revisada de que cerca de 50% da população com hipertensão arterial seja desconhecedora de seu diagnóstico. Além disso, dentre aqueles que têm conhecimento de que foram acometidos pela doença, apenas a metade segue o tratamento, o que é preocupante. Considerando-se a alta incidência de hipertensão arterial e que a falta de adesão das pessoas dificulta o tratamento, é possível reconhecer a necessidade da implantação e desenvolvimento dos Programas de Hiper Dia, para ajudar no controle da doença e prevenir complicações decorrentes da mesma (MONTEIRO *et al.*, 2005).

Gráfico 01 - Representação dos sujeitos participantes do estudo quanto a praticar atividade física.



FONTE: Pesquisa realizada em uma unidade de saúde da Família em Patos (PB), 2012.

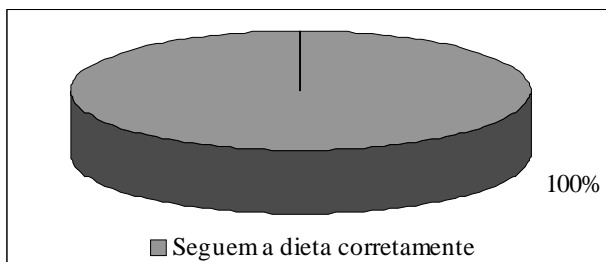
No gráfico 01 pode ser observado que 50% das pessoas entrevistadas praticam atividade física, enquanto que 50% informam que não. Considerando a necessidade de seguir corretamente o tratamento e desenvolver atividades que previnam complicações decorrentes da doença não controlada, os dados deixam a desejar. Contudo, pelo menos metade do grupo, de alguma forma está se preocupando em praticar exercícios físicos, sendo que a atividade mais citada foi a caminhada, praticada em maior parte pelos homens.

No atual contexto social, os meios de transporte, os recursos disponíveis para o trabalho, a postura assumida pelas pessoas são elementos favoráveis ao sedentarismo, considerado como fator de risco para o desencadeamento de doenças cardiovasculares. A dieta não saudável e a ausência da atividade física são dois fatores importantes para o aumento da pressão arterial. Portanto, a falta de atividade física gera preocupações por constituir-se em indicador de risco à saúde, capaz de acarretar profundas consequências negativas à vida de indivíduos, famílias e comunidades (GUEDES; LOPES, 2010).

Convém salientar que o estilo de vida sedentário é definido pela ausência ou insuficiência de exercícios físicos, contribuindo para o agravamento de doenças e para a ocorrência de, aproximadamente, dois milhões de mortes no mundo. Agrava os custos com os cuidados com a saúde, causando agravamento no setor econômico. Assim, combater o sedentarismo deve ser uma prioridade na atenção à saúde (GUEDES; LOPES, 2010). Assim, estes autores consideram que a mudança de hábitos

sedentários para um estilo de vida ativo gera a expectativa de vida de 2,15 anos. Que aquelas pessoas que entram em um programa de exercício físico reduzem em 25% o risco de morte. Sob essa perspectiva, o exercício físico precisa ser estimulado nos serviços de saúde, particularmente em âmbito da atenção básica, pois pode ser considerado como uma das principais medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial, assumindo aspecto benéfico e protetor, contribuindo para a manutenção da saúde e qualidade de vida, mesmo nas pessoas que tenham diagnóstico de hipertensão arterial.

Gráfico 02 - Representação dos sujeitos participantes do estudo quanto seguir a dieta recomendada.



FONTE: Pesquisa realizada em uma unidade de saúde da Família em Patos (PB), 2012.

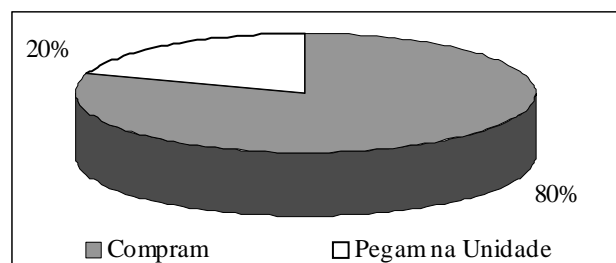
No gráfico dois, que exibe o comportamento informado quanto ao tratamento orientado na unidade de saúde, observa-se que 100% da população em estudo informam seguir sua dieta corretamente, o que é um dado importantíssimo. Principalmente quanto aos componentes não medicamentosos do tratamento, a mudança de hábitos alimentares causará vários benefícios à saúde com a diminuição da pressão arterial. Esta ênfase articula-se com informações contidas na literatura revisada, enfocando os efeitos favoráveis de uma dieta saudável. Em outros termos, uma dieta rica em frutas, vegetais, grãos integrais, produtos lácteos desnatados, pobres em gorduras, o consumo reduzido de carnes vermelhas, doces e refrigerantes, favorece a diminuição dos níveis pressóricos de pessoas com hipertensão arterial. Ressalte-se que, dentre os fatores nutricionais que se associam à elevação da PA estão o aumento do consumo de álcool, a ingestão de sódio e o excesso de peso (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Um dado consideravelmente relevante no gráfico dois é que, 100% das pessoas entrevistadas afirmaram receber todas as orientações da enfermeira para que a pressão permaneça normal. Isso demonstra a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos usuários cadastrados e atendidos na unidade de saúde cenário do desenvolvimento desta pesquisa.

Não foi encontrada na revisão deste estudo a causa provável da hipertensão arterial. Contudo, os cientistas já asseguram que vários fatores podem estar associados à elevação da pressão arterial. Dentre eles destacam-se: pré-disposição genética, etnia, idade, sexo, excesso de massa corpórea, sedentarismo, ingestão elevada de sódio, álcool, uso de anticoncepcionais, fumo, estresse emocional, envelhecimento e dieta rica em gorduras (SOUSA ; FRANÇA, 2008). Ressalte-se que a elevação constante da pressão arterial pode lesionar vasos sanguíneos distribuídos por todo o corpo, bem

como a maioria dos órgãos: o coração, rins, cérebro e olhos. As conseqüências da hipertensão prolongada poderão levar a infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, acidentes vasculares cerebrais e comprometimento da visão (SMELTZER *et al.*, 2009).

Conforme foi visto no capítulo da revisão, a pressão elevada pode romper um vaso sanguíneo importante no cérebro, seguido pela morte de porções fundamentais deste órgão, havendo o infarto cerebral, clinicamente chamado de derrame. Dependendo de que parte do cérebro é acometida, pode causar paralisia, demência, cegueira e outros distúrbio cerebrais graves. A pressão muito alta quase sempre provoca múltiplas hemorragias dos rins, produzindo muitas áreas de distribuição renal, uremia e morte (GUYTON; HALL 2008).

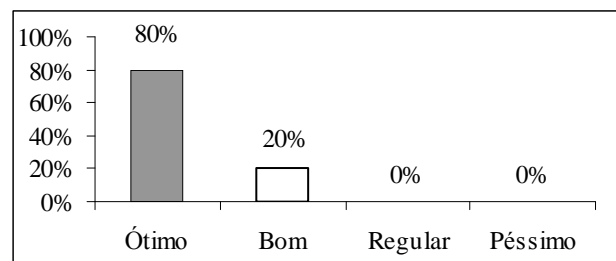
Gráfico 03 - Representação dos sujeitos participantes do estudo sobre o acesso aos remédios no posto de saúde.



FONTE: Pesquisa realizada em uma unidade de saúde da Família em Patos (PB), 2012

A população em estudo afirma que as medicações sempre faltam na Unidade de Saúde da Família, onde está cadastrada. Alguns informam que preferem comprar e a minoria diz que pega a medicação na unidade mesmo quando tem. Isso dificulta ainda mais o tratamento das pessoas com hipertensão arterial, pois além de ser difícil ter o controle farmacológico tendo os remédios disponíveis, atividades, programas como Hiper Dia e palestras, fica ainda mais complicado acompanhar o cliente sem ter o remédio na unidade de saúde.

Gráfico 04 - Representação dos sujeitos do estudo sobre o atendimento oferecido pelo enfermeiro.



FONTE: Pesquisa realizada em uma unidade de saúde da Família em Patos (PB), 2012.

Foi observado na entrevista que realmente a assistência de enfermagem está sendo oferecida a contento para as pessoas com hipertensão arterial, conforme foi relatado pelo cliente, com destaque para a satisfação no atendimento da consulta da enfermeira. Oportuno se faz enfatizar que a assistência de enfermagem às pessoas com hipertensão arterial requer por parte

dos profissionais de enfermagem atenção especial à problemática do controle, que por sua vez apresenta estreita relação com o processo de adesão ao tratamento (SILVA *et al.*, 2010).

Os profissionais de enfermagem devem estar devidamente orientados sobre as conseqüências da doença e tratamentos para que se obtenham melhor controle da doença. A equipe contribui no papel importante em favorecer o aumento dos índices de adesão às práticas de saúde estabelecidas para os clientes com hipertensão arterial (SILVA *et al.*, 2010).

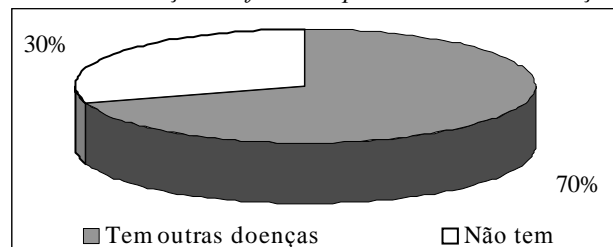
A Enfermagem é uma ciência, cuja essência e especificidade consistem no cuidado ao ser humano, que é oferecido individualmente, na família ou na comunidade, influenciando de forma independente, muitas vezes, em equipe. Trata-se de uma profissão de ajuda com relações complexas e multifacetadas, composta por uma grande variedade de elementos; o seu cuidado ultrapassa a dimensão biológica da pessoa, e tem como objetivo obter experiência a cerca da doença, incluindo sua cultura, valores, crenças, modos de vida e sentimentos vinculados às suas necessidades de cuidado.

Evidencia-se a importância de compreender como se dá a prática de enfermagem as pessoas nos diversos cenários de atuação da saúde. A realização de pesquisas oferece subsídios para que os conhecimentos produzidos e divulgados influenciem a assistência de enfermagem, melhorando a qualidade de vida das pessoas que convivem com hipertensão arterial (MOURA *et al.*, 2011).

O enfermeiro deve atuar diretamente na promoção da saúde, contribuindo com o diagnóstico precoce da doença, por meio da medida rotineira da pressão arterial e orientação da equipe sob sua responsabilidade. Uma vez instalada a doença, a atuação recai em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis. (SILVA *et al.*, 2010).

A contribuição da Consulta de Enfermagem (CE) é oferecer as ações de enfermagem fundamentadas nos diagnósticos determinados. A Consulta de Enfermagem supõe a entrevista para coleta de dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, atribuição dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas encontrados. Através dos diagnósticos efetivados, a enfermeira implementará condutas de resolatividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir ao seu âmbito de atuação (MACIEL, *et al.*, 2003)

Gráfico 05 - Representação dos sujeitos participantes do estudo em relação ao fato de apresentar outras doenças.



FONTE: Pesquisa realizada em uma unidade de saúde da Família em Patos (PB), 2012.

Foi demonstrado no gráfico 05 que 70% das pessoas em estudo afirmam ter outras doenças além da hipertensão arterial e apenas 30% não tem.

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades de controle. É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. Com a redução da PA por meio de medidas farmacológicas, ocorre a diminuição devidamente das taxas de morbidade e mortalidade CV (MOLINA *et al.*, 2003).

Os efeitos benéficos consistem na proteção contra AVC, eventos coronários, insuficiência cardíaca, progressão da doença renal, progressão para hipertensão acentuada e, mais importante ainda, morte decorrente de todas as causas (CECIL, 2001).

A hipertensão arterial é uma das causas mais frequentes de morbidade. Onde está associada à insuficiência cardíaca, doenças renais e diabete, sendo também um componente da síndrome metabólica. De maneira, mais específica, no entanto, a HA está estreitamente relacionada a outras doenças cardiovasculares, estando associada a 40% dos casos de acidentes cerebrovasculares e 25% das doenças cardíacas isquêmicas. De fato, as doenças cardiovasculares constituem as principais causas de morte no mundo todo, sendo responsáveis por 30% do coeficiente de mortalidade específica (PIMENTA *et al.*, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente e contribui para agravamentos de diversas doenças se não houver o adequado tratamento. Sob esta expectativa, este estudo atingiu os objetivos predeterminados, considerando-se que a assistência de enfermagem está sendo realizada adequadamente, sendo confirmada com a satisfação relatada pelas pessoas participantes da pesquisa.

Em seus relatos, algumas pessoas citam o cuidado prestado, orientações dadas e a dedicação por parte da enfermeira do serviço. Outras referem o desempenho dos profissionais para promover a saúde dos indivíduos, porém, em algumas situações a assistência fica um pouco comprometida devido à falta de conhecimento das pessoas acerca dos agravos que esta patologia pode causar se não tiver o devido controle.

Realizar o presente estudo foi muito gratificante, pois esta pesquisa proporcionou conhecer a opinião das pessoas entrevistadas em relação à assistência de enfermagem. Assim, proceder a uma melhor conduta de como atender à clientela, conhecendo suas dúvidas para poder contribuir para uma melhor qualidade de vida. Esse conhecimento ajudará os profissionais a estarem mais aptos para oferecer uma assistência diferenciada ao idoso, contribuindo com diagnósticos, planejamento de ações que gerem benefícios ao tratamento medicamentoso e previnam possíveis complicações da HA, bem como, favoreçam um estilo de vida mais saudável. Estudantes de enfermagem e a sociedade se beneficiarão com as informações contidas neste estudo, com a expectativa de trazer melhorias tanto para o cuidar como para um melhor atendimento em geral.

Concluo esse estudo com muita satisfação, porque a

enfermagem está mostrando trabalho e fazendo o que realmente nós prezamos tanto - o cuidar, ou seja, permite compreender, escutar, dar atenção e não apenas consultar, isso me comove e

me faz acreditar que ainda existem profissionais que realmente estão dispostos a ajudar às pessoas de forma humanizada.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL, Ministério da Saúde - **Conselho Nacional de Saúde** - Comissão de ética em pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- CECIL. **Tratado de Medicina Interna** - 21 ed, v. 1. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2001.
- GUEDES. N. GLOPES. M. V. O. Exercício Físico em Portadores de Hipertensão Arterial: Uma Análise Conceitual. *Rev. Gaúcha* (online), v.31, n.2, Porto Alegre, June 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo> >, Acesso em 04/10/12 às 10:00.
- GUYTON. A.C., HALL. J. E. **Fisiologia Humana e Mecanismo das Doenças**. -6 ed Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.
- MACIEL. I. C. F., ARAÚJO. T. L. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto ao programa de hipertensão arterial em Fortaleza. *Rev. Latino Am. Enfermagem* v.11 n.2 Ribeirão Preto mar./abr.2003. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200010>. Acesso em 30/08/12 às 10:42.
- MARIN. M. J. S. *et al.* Percepção de Idosos Hipertensos Sobre suas Necessidades de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. Usp.* V.46, n.1. São Paulo, 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em 03/10/12 às 11:40.
- MOLINA. M. D. C. B. *et al.* Hipertensão Arterial e Consumo de Sal em População Urbana. *Rev. Saúde Pública*, 2003. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em 14/09/12 às 08:49.
- MONTEIRO. P. C. *et al.* Características biosociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. *Arq. Ciênc. Saúde*. Disponível http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/3. Acesso em 19/09/12 às 09:39.
- MOURA, D. J. M. *et al.* Cuidado de Enfermagem ao Cliente com Hipertensão. *Rev. Bras. Enferm.* V.64, n.4, Brasília July/ Aug. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672011000400020&script=sci_arttext > Acesso em 22/03/12 às 23:39.
- NOBLAT. A. C. B. *et al.* Complicações da Hipertensão Arterial em homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência. *Arq. Bras. Cardiol.* Vol. 83, N.4. São Paulo, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo> >, Acesso em 20/09/12 às 10:45.
- OLIVEIRA. E. P. *et al.* A variedade da Dieta é Fator Protetor para a Pressão Arterial Sistólica elevada. *Arq. Bras. Cardiol.* V.98, n.4. São Paulo, 2012. Disponível em, <http://www.scielo.br/scielo> >, Acesso em 12/09/12 às 22:38.
- PINOTTI. S. *et al.* Percepção sobre a hipertensão Arterial e Qualidade de Vida: Contribuição para o cuidado de Enfermagem. *Cogitare Enferm.* Out-Dez, 2008. Disponível em < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13112/8870> >, Acesso em 23/10/12 às 21:00.
- PIMENTA. A. M. *et al.* Associações entre Obesidade Central, Triglicerídeos e Hipertensão Arterial em uma Área Rural do Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo> >, Acesso em 28/09/12 às 19:45.
- SMELTZER, S. C. *et al.*. Brunner & Suddarth - **Tratado de enfermagem médico - cirúrgica**. - 11ª ed. Rio de Janeiro - RJ, 2009. Guanabara Koogan.
- SILVA, S. S. B. E. *et al.* O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Rev. esc. enferm. USP* v.44 n.2 São Paulo June 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em 04/04/12 às 00:51
- TOLEDO. M. M. *et al.* Educação em saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial. Uma nova Ótica para um Velho Problema. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo> >, Acesso em 23/10/12 às 18:00.

Data de recebimento para publicação: 21.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 07.05.2013.

temas em
saúde

Uso de Equipamentos de Proteção Individual por Profissionais na Estratégia Saúde da Família¹

Use of Equipment Individual Protection for Professionals in Family Health Strategy

Fabiana Félix da Silva²
 Mércia de França Nóbrega Medeiros³
 Priscilla Costa Melquíades Menezes⁴
 Ana Paula Dantas Silva Medeiros⁵

RESUMO: Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) destinam-se a proteger profissionais dos acidentes de trabalho, desta forma sua utilização se faz obrigatória, a partir das normas regulamentadoras. A pesquisa tem como objetivo descrever a utilização dos equipamentos de proteção individual pelos profissionais em duas ESF, no município de Catingueira-PB. Pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa, com 17 entrevistados, onde foram 3 enfermeiras; 9 técnicas de enfermagem; 2 médicos e 3 odontólogos e teve como instrumento para a coleta de dados um roteiro de entrevista. Nos resultados vimos que a faixa etária varia entre 20 anos a 50 anos. O tempo de formação e de atuação nas ESF varia de um ano a 34 anos. Observamos que alguns profissionais acidentaram-se durante o trabalho, destacando os técnicos de enfermagem e os odontólogos, também foi observado que a maioria dos profissionais pesquisados desconhece as normas regulamentadoras. Por isso que os EPI não são apenas para oferecer segurança aos profissionais, mas são eficazes na proteção à integridade física do próprio, contribuindo de forma produtiva e segura, para qualidade dos serviços. Concluímos que o uso de EPI e conhecimento das normas regulamentadoras ainda precisam ser mais trabalhados entre os profissionais da área de saúde.

UNITERMOS: Acidentes de Trabalho. Equipamentos de Proteção. Prevenção.

ABSTRACT: *The Personal Protective Equipment (PPE), were intended to protect practitioners of workplace accidents, thus their use is mandatory, starting from regulatory. The research aims to describe the use of personal protective equipment by professionals in two FHS, in the municipality of Catingueira-PB. The exploratory research with a quantitative approach, with 17 participants, where 3 nurses were, 9 nursing techniques, 2 doctors and 3 dentists had the instrument for data collection an interview script. In the results we have seen that the age group between 20 years to 50 years. The training time and the (FHS) operations varies from 1 year to 34 years. We found that some professionals acidentam up at work, highlighting the technical nursing and dentist, was also observed that most of the professionals interviewed unaware regulations. So that (PPE) is not only to provide security to the professionals, but are effective in protecting the physical integrity of self contributing in one. Productive and safe for the quality of services concluded that the use of (PPE) and knowledge of regulatory standards still need to be worked out among the most professional in the field of health.*

KEYWORDS: *Workplace Accidents. Protective Equipment. Prevention.*

-
1. Artigo referente ao trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos - PB.
 2. Autora do Trabalho. Discente do 9º período do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos - PB. Endereço: Rua Inácio Félix de Oliveira, nº 05, Catingueira - PB, 58715-000. E-mail: fabiana19_cat@hotmail.com.
 3. Autora do Trabalho. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Docente da disciplina UTI e Sistematização da Assistência de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos - PB.
 4. Autora do Trabalho. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Coordenadora de aulas práticas das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos - PB.
 5. Autora do Trabalho. Enfermeira. Mestranda pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora do Estágio Supervisionado II das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos - PB.
-

INTRODUÇÃO

A equipe de saúde é responsável por prestarem uma assistência adequada a todos os pacientes. Durante a atuação de sua profissão estão submetidos a contato direto com enfermos, com substância tóxica, equipamentos e materiais contaminados, onde estão sujeitos a contrair doenças infecto-contagiosas e a algum acidente de trabalho.

A Norma Regulamentadora - NR6 considera-se Equipamento de Proteção Individual-EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaça a segurança e a saúde no trabalho. Este equipamento deve ser aprovado por órgão competente do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e é de fornecimento gratuito e obrigatório aos empregados que deles necessitem (VASCONCELOS, REIS; VIEIRA, 2008).

Os Equipamentos de Proteção Individual - EPI destinam-se a proteger o analista de laboratório nas operações com riscos de exposição ou quando houver emanções de produtos químicos, riscos de quebra ou explosão de aparelhos de vidro, riscos de cortes com vidrarias, lâminas, ferramentas perfurantes ou cortantes (HIRATA; FILHO, 2008).

Pelo fato de muitos profissionais não fazerem o uso devido dos Equipamentos de proteção individual, podendo colocar sua própria vida e a dos pacientes em risco. Percebe-se que a adesão ao uso dos EPI está diretamente relacionada com a percepção que os próprios profissionais têm do risco à que estão se submetendo e as susceptibilidade a estes.

No Brasil, inexistente uma legislação que trate especificamente da segurança e saúde no trabalho no setor saúde. Nesse cenário a Norma Regulamentadora 32 (NR-32) reveste-se de grande importância, como legislação federal específica da segurança e saúde no trabalho no setor da saúde (BATISTONI *et al.*, 2010).

Os riscos presentes no ambiente de trabalho variam de acordo com o tipo de bem ou serviço produzido, podendo ser atenuados por medidas de proteção coletiva e ou equipamentos de proteção individual, mas são inerentes aos processos produtivos. O Ministério do Trabalho reconhece cinco grupos (expressos no Mapa de riscos): químico, físicos, biológicos, de acidentes e ergonômicos (RIBEIRO, 2008).

Os Riscos Físicos referem-se a riscos provocados por algum tipo de energia. Esses riscos podem ser enumerados dependendo dos equipamentos de manuseio do operador ou do ambiente em que se encontra no laboratório (HIRATA; FILHO, 2008).

A Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho e

Emprego (NR-9) considera risco químico as substâncias compostas ou produtos que possam penetrar nos organismos pela via respiratória, ou pela natureza da atividade de exposição possam ter contato com a pele ou serem absorvidos pelo organismo por ingestão (neste caso mais por acidentes) (Brasil, 1994).

A Norma Regulamentadora do Ministério e Emprego (NR-32) define como agentes biológicos os microorganismos, geneticamente modificados ou não, as culturas de células, os parasitas, as toxinas e os prótons. O risco biológico é a probabilidade de exposição ocupacional ao agente biológico (MORAES, 2008).

Os fatores relacionados aos riscos ergonômicos são a sobrecarga de peso durante transporte de equipamentos, materiais e pacientes, postura inadequada e flexão de coluna como agravante para lesões durante organização de materiais (VASCONCELOS; REIS; VIEIRA, 2008).

Consideram-se risco de acidente todas as condições de construção, instalação e funcionamento de uma empresa. São exemplos de risco de acidente: arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção adequada, ferramentas defeituosas ou usos inadequados, armazenamento impróprio, ordem e limpeza inadequadas do ambiente de trabalho, falta de sinalização, trabalho com eletricidade e outros (MORAES, 2008).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratória, com abordagem quantitativa, desenvolvida nas duas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Catingueira, Paraíba-PB, no mês de julho de 2012.

A população deste estudo foi composta por 17 integrantes das equipes das ESF (enfermeiras, técnicas de enfermagem, médicos e odontólogos), sendo a amostra composta pelos mesmos profissionais de saúde, sendo 3 enfermeiras, 9 técnicas de enfermagem, 2 médicos e 3 odontólogos, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

O instrumento para coleta de dados foi um roteiro de entrevista pré-estabelecido com perguntas objetivas e subjetivas, contendo as seguintes variáveis: características sócio-demográfica (faixa etária, estado civil, profissão, tempo de formação e o tempo de atuação na ESF) e perguntas relacionado aos objetivos da pesquisa.

Os dados foram coletados no mês de julho de 2012 com os profissionais da área de saúde, onde teve duração em média

N.B.

(1) As idéias e todo o conteúdo dos artigos publicados em Temas em Saúde são de responsabilidade única e exclusiva dos autores que colaboraram com a presente edição deste veículo de comunicação. Neste sentido, o editor deixa clara sua isenção contra qualquer protesto que reclame o uso de direitos autorais patrimoniais não autorizados por seus detentores.

(2) A diagramação dos textos publicados nesta edição obedeceu a critérios relacionados ao projeto gráfico desenvolvido para a revista Temas em Saúde, o que implicou em ajustes no formato original com que os artigos foram encaminhados à nossa produção editorial. Contudo, não houve qualquer interferência para modificar, suprimir ou acrescentar elementos à expressão original desses artigos.

(3) A produção editorial de Temas em Saúde agradece aos autores que colaboraram encaminhando seus artigos para esta publicação.

de aproximadamente 30 minutos, no ambiente de trabalho dos profissionais.

Após a coleta de dados, a análise foi realizada através dos roteiros de entrevistas respondidos pelos profissionais, onde os dados quantitativos foram apresentados em tabelas e gráficos.

Esta pesquisa foi norteada a partir das diretrizes regulamentadas pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos profissionais de saúde das ESF quanto a caracterização sócio-demográfica (n=17).

Variáveis Especificações	Técnicas		Enfermeiras		Médicos		Odontólogos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa Etária								
20-30	01	11	01	33	01	50	01	33
31-40	05	56	02	67				
41-50	02	22					01	34
Acima de 50	01	11			01	50	01	33
Ocupação								
Enfermeiras			03	100				
Técnicas	09	100			02	100		
Médicas								
Odontólogos							03	100
Estado Civil								
Casada (o)	04	45	02	67	01	50		
Solteira (o)	01	11	01	33	01	50	02	67
Separada (o)	01	11					01	33
Divorciada (o)	02	22						
Viúva (o)	01	11						
Tempo de Formação								
Menos de 1 ano							01	33
1-6	02	22	01	33	01	50		
7-13	05	56	01	34				
14-20	01	11	01	33				
21-27							01	34
28-34	01	11			01	50	01	33
Tempo de Atuação nas ESF								
Menos de 1 ano								
1-6	04	45	01	33	01	50	01	34
7-13	03	33	01	34			01	33
14-20	01	11	01	33	01	50	01	33
21-27	01	11						
28-34								
TOTAL	09	100	03	100	02	100	03	100

Fonte: Pesquisa, 2012.

Analisando a tabela 1, observa-se que entre as técnicas de enfermagem 1 (11%) tinham entre 20-30 anos; 5 (56%) tinham entre 31-40 anos; 20 (22%) tinha entre 41-50 anos e 1 (11%) era acima de 50 anos. Quanto as enfermeiras 1 (33%) tinha entre 20-30 anos e 2 (67%) tinham entre 31-40 anos. Os médicos 1 (50%) entre 20-30 anos e 1 (50%) acima de 50 anos. E os odontólogos

1 (33%) entre 20-30 anos; 1 (34%) tinham entre 41-50 anos e 1(33%) acima de 50 anos.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO OS DADOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA

Tabela 2 - Distribuição dos participantes em relação ao conhecimento da função do EPI (n=17).

	Enfermeiras		Técnicas		Médicos		Odontólogos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Segurança e proteção ao trabalhador	01	33	01	11	01	50	01	33
Proteção individual	02	67	07	78			01	34
Proteção do paciente profissional			01	11	01	50	01	33
TOTAL	03	100	09	100	02	100	03	100

Fonte: Pesquisa, 2012.

Com base na Tabela 2, verificamos que em relação ao conhecimento dos EPI, que 1 participante corresponde a 33% tanto as enfermeiras como os odontólogos, onde 11% as técnicas de enfermagem e 50% os médicos, referente à segurança e proteção ao trabalhados (Enf.01-33%; Téc.01-11%; Méd.01-50% e Odont.01-33%), proteção individual (Enf.02-67%; Téc.07-78% e Odont.01-34%) e proteção do paciente e do profissional (Téc.01-11%; Méd.01-50% e Odont.01-33%). Onde podemos observar que referente ao conhecimento do EPI, o índice maior foi em relação à proteção individual.

Tabela 3 - Distribuição de acordo com a informação sobre os meios de proteção individuais fornecidos pelas ESF (n=17).

	Enfermeiras		Técnicas		Médicos		Odontólogos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Luvas de procedimentos	03	100	09	100	02	100	03	100
Luvas estéreis	03	100	05	56	02	100	01	33
Gorro	01	33	02	22			03	100
Máscara	03	100	09	100	02	100	03	100
Óculos	02	67	01	11			02	67
Jaleco	03	100	03	33	01	50	02	67

Fonte: Pesquisa, 2012.

Como podemos observar na Tabela 3, os meios de proteção individual que são fornecidos pela unidade forma luvas de procedimentos onde ambos profissionais de saúde relataram 100%, luvas estéreis (Enf.03-100%; Téc.05-56%; Méd.02-100% e Odont.01-33%), gorro (Enf.01-33%; Téc.02-22% e Odont.03-100%), máscara (Enf.03-100%; Téc.09-100%; Méd.02-100% e Odont.03-100%), óculos (Enf.02-67%; Téc.01-11% e Odont.02-67%) e jaleco (Enf.03-100%; Téc.03-33%; Méd. 01-50% e Odont.02-67%). Vimos que somente os médicos afirmaram não ter fornecimento do gorro e dos óculos na unidade, mas apenas um médico afirmou receber jaleco.

Tabela 4 - Distribuição dos meios de proteção individual que os profissionais de saúde usam nos procedimentos realizados (n=17).

	Enfermeiras		Técnicas		Médicos		Odontólogos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Luvas de procedimentos	03	100	09	100	02	100	03	100
Luvas estéreis	02	67	04	45	02	100	01	33
Gorro							02	67
Máscara	03	100	08	89	02	100	02	67
Óculos	01	33					01	33
Jaleco	03	100	06	67			03	100

Fonte: Pesquisa, 2012.

A Tabela 4 mostra o uso dos EPI no cotidiano dos profissionais inseridos na pesquisa, os meios de proteção citados foram o uso das luvas de procedimentos (Enf.03-100%; Téc.09-100%; Méd.02-100% e Odont.03-100%), luvas estéreis (Enf.02-67%; Téc.04-45%; Méd.02-100% e Odont.01-33%), gorro (apenas os odontólogos com 02-67%), máscara (Enf.03-100%; Téc.08-89%; Méd.02-100% e Odont.02-67%), óculos (Enf.01-33% e Odont.01-33%) e jaleco (Enf.03-100%; Téc.06-67% e Odont.03-100%). Por sua vez os meios mais usados pelos profissionais são: luvas, máscaras e jalecos. Onde os menos utilizados são: óculos e gorro pelos profissionais. Observamos o uso cotidiano do gorro apenas por dois odontólogos, isto mostra que os profissionais ainda não seguem as normas da NR6.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes, de acordo com os motivos pelos quais não utilizam os EPI (n=17).

	Enfermeiras		Técnicas		Médicos		Odontólogos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não respondeu	02	67	01	11			01	33
Não está disponível na unidade/a unidade não oferece	01	33	08	89	02	50	01	34
Incômodo							01	33
TOTAL	03	100	09	100	02	100	03	100

Fonte: Pesquisa, 2012.

Na Tabela acima mostra que não respondeu (Enf.02-67%; Téc.01-11% e Odont.01-33%), não está disponível na unidade ou a unidade não oferece (Enf.01-33%; Téc.08-89%; Méd.02-100% e Odont.01-34%) e incômodo (apenas os Odontólogos com 01-33%). Baseado nas respostas dos participantes os motivos que tiveram o maior índice foram os que não responderam (onde apenas um odontólogo não respondeu pelo fato de fazer uso de todos os EPI) e por não estar disponível na unidade. Verificou-se que as respostas da tabela 5, fornecido pelos profissionais, divergem das respostas anteriores, quando os mesmos relatam o uso em seus procedimentos.

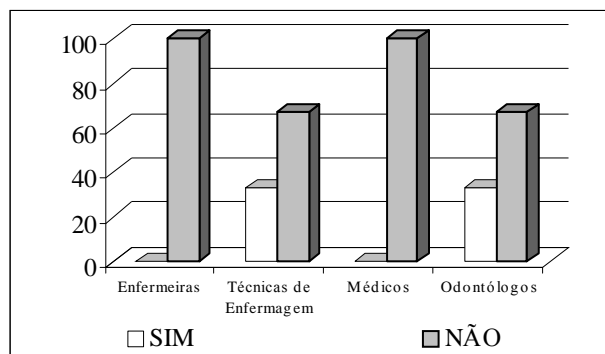
Tabela 6 - Distribuição em relação à importância dos EPI.

	Enfermeiras		Técnicas		Médicos		Odontólogos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Proteção e Prevenção	03	100	09	100	01	50	02	67
Segurança					01	50	01	33
TOTAL	03	100	09	100	02	100	03	100

Fonte: Pesquisa, 2012.

A Tabela 6 nos mostra a importância dos EPI, segundo a visão dos participantes que são proteção e prevenção (Enf. 03-100%; Téc. 09-100%; Méd. 01-50% e Odont. 02-67%) e segurança (Méd. 01-50% e Odont. 01-33%). Diante das respostas podemos analisar que os profissionais de saúde entendem que a importância do uso do EPI é uma forma de proteção e prevenção, como de segurança. Mas observamos que proteção e prevenção tiveram o maior índice de acordo com as respostas.

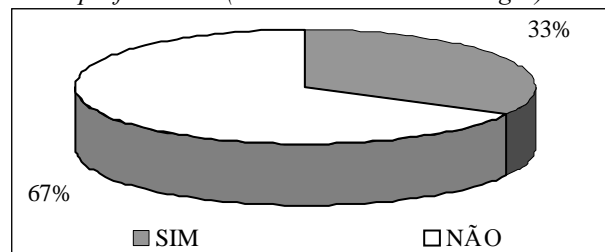
Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais de acordo com a ocorrência de algum tipo de acidente no trabalho (n=17).



Fonte: Pesquisa, 2012.

O Gráfico 1, demonstra a distribuição dos profissionais de acordo com a ocorrência de algum tipo de acidentes no trabalho, onde SIM está representado pela cor vermelha e NÃO pela cor azul. Vimos que 100% correspondem às enfermeiras e aos médicos, onde relataram nunca ter sofrido nenhum tipo de acidente e 33% está relacionada às técnicas e odontólogos que tiveram algum acidente e 67% está evidenciado pelos que não sofreram nenhum acidente.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes em relação à medida tomadas mediante a ocorrência de acidente com os profissionais (n= Técnicos e Odontólogos).

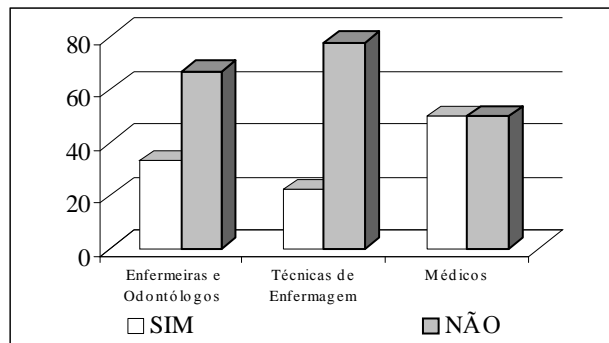


Fonte: Pesquisa, 2012.

Baseado-se nas respostas dos pesquisados, o gráfico 2

mostra que as medidas que foram tomadas no período em que ocorreu acidente, onde SIM é demonstrado pela cor azul e NÃO pela cor vermelha, pelo fato de nunca ter sofrido nenhum acidente de trabalho e as técnicas e os odontólogos tiveram a mesma proporção onde 33% relatavam ter tomado alguma medida e 67% onde não tinha tomado.

Gráfico 3 - Distribuição dos profissionais de saúde em relação ao conhecimento das Normas Regulamentadoras (n=17).



Fonte: Pesquisa, 2012.

Relacionado ao Gráfico 3 que se refere ao conhecimento dos profissionais de saúde em relação à Norma Regulamentadora (NR), as respostas divergem entre as enfermeiras, as técnicas de enfermagem e odontólogos, onde SIM está demonstrado pela cor azul e NÃO pela cor vermelha. Onde 33% das enfermeiras e os odontólogos afirmam ter conhecimento das NR e 67% demonstram não ter conhecimento, as técnicas com 22% afirmam

conhecer alguma norma e 78% relatam nunca ter ouvido nem falar nessas normas e nem para que servem, os médicos coincidiram 50% conhecem e 50% não tem nenhum conhecimento das mesmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Equipamentos de Proteção Individual - EPI são de uso obrigatório, destinado à proteção de riscos suscetíveis que ameaçam a segurança e a saúde no trabalho. Os profissionais da área de saúde, que trabalham nas Estratégias Saúde da Família, estão expostos a emanações de produtos químicos, acidentes com ferramentas perfuro cortantes.

Desta forma, vale salientar que os EPI têm um papel extremamente essencial e fundamental na vida dos profissionais, que vão muito mais além do que apenas oferecer segurança aos profissionais, eles são eficazes na proteção à integridade física do próprio.

Acreditamos que este estudo contribua para novas pesquisas incentivando estudantes, educadores e gestores e que os próprios profissionais que trabalham nas Estratégias Saúde da Família possam a vim ter uma interação maior em relação ao uso adequado dos EPI. Porque só assim podemos fazer uma saúde qualificada, para que haja uma satisfação tanto do profissional quanto do paciente.

Portanto podemos afirmar que esse trabalho alcançou seus objetivos propostos e também tem com base sugerir que os profissionais buscassem mais conhecimentos em relação às Normas Regulamentadoras.

R E F E R Ê N C I A S

- VASCONCELOS, B. M.; REIS, A. L. Z. R. M.; VIEIRA, M. S. Uso de Equipamentos de Proteção Individual pela equipe de Enfermagem de um Hospital do município de Coronel Fabriciano. **Revista Enfermagem Integrada-Itapatinga**: Unileste-Mg, v.1, nº. 1, Nov./dez.2008.
- HIRATA, M. H; FILHO, J. M. **Manual de Segurança**. 1ªed. São Paulo: Manole,
- BATISTONI, E.A; BARBOZA, D; SANTOS, L. H. G; ANDREAZZI, D. Importância do EPI: Percepção da Equipe de Enfermagem na Sala de Emergência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 2010. Vol.2,55-69.
- RIBEIRO, Mª. C. S. **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2008
- _____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora (NR-9)**. Portaria nº 25, 1994. Disponível em <http://www.mte.gov.br/legislacao/normasregulamentadoras>. Acesso:12/03/2012.
- MORAES, M.V. G.de **Sistematização da assistência de enfermagem em saúde do trabalhador**. 1ªed. São Paulo: Iátria, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº196/96, de 10/10/1996**. Conselho Nacional de Saúde. Regulamento pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Brasília, 1996.

Data de recebimento para publicação: 25.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 15.05.2013.

Leucemia Mielóide Crônica: Uma Revisão Bibliográfica

Chronic Leukemia Mielóide: A Literature Review

Cleiteana Gomes de Lima Pires¹

Albert Eduardo Silva Martins²

Maria Margareth Câmara de Almeida³

Alanna Michely B. de Moraes⁴

RESUMO: O câncer é um processo patológico que inicia quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a proliferar-se de maneira descontrolada, ignorando as sinalizações de regulação de crescimento no ambiente circunvizinho à célula. A leucemia mielóide crônica (LMC) é uma doença clonal maligna caracterizada por uma excessiva proliferação da linhagem mielóide (Fase Crônica - FC), seguida por uma perda progressiva da diferenciação celular (Fase Acelerada - FA) e terminando num quadro de leucemia aguda (Fase Blástica - FB). A doença é associada a uma anormalidade citogenética específica, o Cromossoma Philadelphia (Ph), que resulta de uma translocação recíproca entre os braços longos dos cromossomas 9 e 22 e leva à formação de um novo gene leucemia-específico, o BCR-ABL, detectável por *polymerase-chain-reaction assay* (PCR), com atividade aumentada de tirosino quinase. A proteína BCR-ABL está presente em todos os pacientes com LMC, e sua hiperatividade desencadeia liberação de efetores da proliferação celular e inibidores da apoptose.

UNITERMOS: LMC. Classificação. Fase Crônica. Fases Avançadas. Fatores Prognósticos. Evolução da Doença.

ABSTRACT: Cancer is a disease process that begins when an abnormal cell is transformed by genetic mutation of the cellular DNA. This forms an abnormal cell clone and begins to proliferate in an uncontrolled way, ignoring signs of growth regulation in the environment surrounding the cell. Chronic myeloid leukemia (CML) is a malignant clonal disease characterized by an excessive proliferation of myeloid lineage (Chronic Phase - FC), followed by a progressive loss of cell differentiation (Accelerated Phase - FA) and ending in a context of acute leukemia (Phase blast - FB). The disease is associated with a specific cytogenetic abnormality, the Philadelphia chromosome (Ph), which results from a reciprocal translocation between the long arms of chromosomes 9 and 22 and leads to the formation of a new gene leukemia-specific BCR-ABL detectable by polymerase-chain-reaction assay (PCR), with increased tyrosine kinase activity. The BCR-ABL protein is present in all patients with CML, and his hyperactivity triggers release of effector cell proliferation and inhibiting apoptosis.

KEYWORDS: LMC. Classification. Chornic Phase. Advanced Stages. Prognostic Factors Disease Progression.

1. Acadêmica do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

2. Professor do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos - FIP - E-mail martinsaes1@hotmail.com - Cel; (83)96266077.

3. Professora do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

4. Professor do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

Câncer é um crescimento desordenado (**maligno**) de células que invadem os tecidos e órgãos, disseminando e formando (**metástase**) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células são muito agressivas e incontrolláveis, formando tumores (acúmulo de células cancerosas) ou **neoplasias malignas**. Já o **tumor benigno** significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e semelhante ao tecido original. Existem muitas causas para o câncer, pode ser por excesso de ingestão de álcool, exposição ao sol, problemas genéticos, radiação, obesidade, vírus, substâncias químicas, etc. São divididos em: carcinomas, sarcomas, leucemias, linfomas e tumores do sistema nervoso central. (RODRIGUES *et al*, 2009).

A leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos), de origem desconhecida, é uma neoplasia de comportamento indolente e originário da célula-mãe, resultando em um número excessivo de células mielóides em todos os estágios de maturação. Sua principal característica é o acúmulo de células jovens anormais na medula óssea, substituindo assim, as células sanguíneas normais. Na medula ocorre a formação das células sanguíneas e ocupa a cavidade dos ossos. Assim, são encontradas as células que dão origem aos glóbulos brancos, aos glóbulos vermelhos (hemácias ou eritrócitos) e às plaquetas. A leucemia mielóide crônica (LMC) expressa em CML translocação cromossômica t(9; 22) (q34, q11) resultando na formação do cromossoma Filadélfia (Ph). Ou seja, é uma doença da medula óssea caracterizada pela presença do cromossomo Philadelphia (Ph), que resulta na translocação dos cromossomos 9 e 22. O gene híbrido assim formado, BCR-ABL codifica proteínas com atividade de tirosina-quinases que regulam o crescimento celular. (LINKEDLN *et al*, 2010). É formada pelo rearranjo molecular dos genes BCR e ABL1, uma anormalidade genética adquirida. O gene da fusão BCR/ABL1 transcreve RNAm que codifica uma proteína com atividade tirosino-quinase. (LOPES FERRARI *et al*, 2010). O gene BCR-ABL é ativado pela fosforilação de proteínas, como a tirosina quinase, quando ligado a um grupo trifosfato de adenosina (ATP). Estas proteínas criam uma cascata de ativação que resultam em um crescimento descontrolado. (GONÇALVES *et al* 2009). Leucemia mielóide crônica (LMC) é uma desordem genética de etiologia desconhecida, caracterizada por crescimento aumentado e não regulado de células precursoras mielóide na medula óssea. (SILVA *et al*, 2009). No nosso país, dados do DATASUS mostram que, nos últimos seis anos, houve incremento de 40% dos procedimentos de alta complexidade em oncologia autorizados, o que representou aumento de 63% dos gastos com quimioterapia ambulatorial do câncer. No caso específico da LMC, o aumento de procedimentos ambulatoriais autorizados e de custos neste mesmo período é ainda maior, da ordem de 46% respectivamente. (GONÇALVES *et al*, 2009). A incidência da LMC em registros internacionais é de um a dois casos por 100 mil habitantes, representando 15% a 20% dos casos de leucemias dos adultos. (AQUINO *et al*, 2009).

A fisiopatologia da LMC se baseia na presença do cromossomo Philadelphia (Ph), isto é, a translocação t(9;22)

(q34;q11). A consequência da proteína de fusão BCR/ABL1 é o crescimento e transformação celular independentes de citocinas, perda da apoptose, alteração na adesão da célula hematopoética à matriz extracelular por aumento da atividade de integrina e instabilidade genômica. A atividade constitutiva da tirosina-quinase no citoplasma causa a fosforilação de substratos de diversas cascatas de transdução de sinais que afetam o crescimento e diferenciação celular (JULIANA *et al*, 2008).

Para o Brasil, em 2012, estimam-se 4.570 casos novos de leucemia em homens e 3.940 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5 casos novos a cada 100 mil homens e 4 a cada 100 mil mulheres. Por causa das diferenças no acesso ao tratamento, observa-se uma considerável variação entre populações com relação à sobrevida. Entre a população masculina dos Estados Unidos e da Europa Ocidental, a sobrevida em 5 anos é de 43%; no Japão, observa-se uma sobrevida de 25%; na América do Sul, 24%; Índia, 19%; Tailândia, 15%, e África subsaariana, 14%. Em crianças, em áreas com acesso a esses tratamentos, a sobrevida relativa em 5 anos alcança 80%. (INCA, 2012).

O diagnóstico laboratorial da doença é caracterizado pelo Hemograma: pacientes apresentam habitualmente anemia, leucocitose e plaquetometria normal ou aumentada. O diferencial de leucócitos demonstra aumento de granulócitos em circulação com desvio à esquerda e aumento do número de basófilos. *Mielograma*: apresenta-se hiperclular devido à intensa proliferação do setor granulocítico, resultando numa relação granulócitos eritroblastos de cerca de 10 a 20:1 e com maturação preservada. O hemograma são apresentadas como, presença de trombocitopenia, de anemia aguda, ou nesta etapa da LMC, há necessidade de diagnóstico diferencial com uma leucocitose reacional ou com outra SMP, já que todas possuem achados laboratoriais análogos em fase inicial. Os critérios para diferenciação estão baseados no predomínio da proliferação das diferentes linhagens (granulocítica, eritroblástica, plaquetária ou fibroblástica). Já a pesquisa da enzima Fosfatase Alcalina dos neutrófilos - que tem concentração baixa na LMC e muito aumentada nas reações leucemóides - representa o exame diferencial de grande valia na maior parte dos casos de suspeita de infecção. Assim, como a fórmula leucocitária é semelhante àquela

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica que segundo Lopes Ferrari (2010), é uma pesquisa utilizando (artigos de 2003 a 2012) desenvolvendo a partir de materiais já elaborados, ou seja, referências teóricas publicadas, permitindo ao investigador uma melhor análise dos processos.

DISCUSSÃO

No Brasil, em 2012, estimam-se 4.570 casos novos de leucemia em homens e 3.940 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5 casos novos a cada 100 mil homens e 4 a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores da pele não melanoma, a leucemia em homens é a quinta

neoplasia mais frequente na região Norte (3/100 mil). Na região Nordeste (4/100 mil), ocupa a oitava posição, na região Centro-Oeste (5/100 mil), a décima e, nas regiões Sul (6/100 mil) e Sudeste (5/100 mil), a 11ª. Para as mulheres, é a sétima mais frequente na região Norte (3/100 mil) e a décima nas regiões Centro-Oeste (4/100 mil) e Nordeste (3/100 mil), enquanto, nas regiões Sudeste (4/100 mil) e Sul (5/100 mil), é a 12ª e a 13ª mais incidente, respectivamente. Foram estimados cerca de 351 mil casos novos e 257 mil óbitos por leucemia no mundo para o ano de 2008. A leucemia é uma doença que se origina a partir da série branca do sangue. Clínica e patologicamente, subdivide-se em grandes grupos. A primeira divisão está em suas formas agudas e crônicas. A leucemia aguda se caracteriza por um aumento rápido nos números de células imaturas do sangue, o que faz com que a medula óssea seja incapaz de reproduzir células sanguíneas saudáveis. Já a forma crônica da leucemia se caracteriza pelo aumento excessivo no número de células maduras anormais da série branca do sangue, levando meses ou até anos para progredir. A segunda divisão diz respeito ao tipo de célula afetado pelas desordens, sendo assim caracterizada como do tipo linfóide ou mielóide. Por causa das diferenças no acesso ao tratamento, observa-se uma considerável variação entre populações com relação à sobrevida. Entre a população masculina dos Estados Unidos e da Europa Ocidental, a sobrevida em 5 anos é de 43%; no Japão, observa-se uma sobrevida de 25%; na América do Sul, 24%; Índia, 19%; Tailândia, 15%, e África subsaariana, 14%. Em crianças, em áreas com acesso a esses tratamentos, a sobrevida relativa em 5 anos alcança 80%. Embora as causas para o desenvolvimento de leucemia ainda não sejam bem conhecidas, existem evidências para alguns fatores de risco, como exposição à radiação ionizante, medicamentos utilizados em quimioterapia e exposição ocupacional ao benzeno. Os primeiros indícios de que a exposição à radiação ionizante ocasionava o desenvolvimento de leucemia foram de estudos realizados após os bombardeios de Hiroshima e Nagasaki.

CONCLUSÕES

Se referindo a leucemia é uma doença grave sendo necessário um rápido tratamento para minimizar as

consequências da doença. O tratamento fisioterápico é de grande importância e de extrema necessidade melhorando assim, a prevenção de incapacidades, estabelece estratégias de autocuidado e incremento nas atividades de vida diária. Sendo feita também uma pequena avaliação do paciente (determinação do risco). O tratamento deve ser com equipe multidisciplinar proporcionando para o paciente o tratamento mais adequado para cada caso visando atingir a cura causando o menor dano possível ao paciente. Buscando assim, uma vida “normal” ao longo do tratamento.

O diagnóstico laboratorial é apresentado pelo Hemograma: pacientes apresentam habitualmente anemia, leucocitose e plaquetometria normal ou aumentada. A diferença de leucócitos demonstra aumento de granulócitos em circulação com desvio à esquerda e aumento do número de basófilos. Mielograma: apresenta-se hiperclonal devido à intensa proliferação do setor granulocítico, resultando numa relação granulócito eritroblastos de cerca de 10 a 20:1 e com maturação preservada. Cariótipo: é o exame de escolha para identificar o cromossomo Ph, que estão presente em 90%-95% dos pacientes com critérios compatíveis com LMC. FISH: A hibridação in situ por fluorescência (FISH) pode ser usada para detectar o rearranjo BCR/ABL, ao diagnóstico, e tem sido preconizada para as situações nas quais não se tem metáfases para análise ou com ausência de Ph no cariótipo. (AMÂNCIO *et al.*, 2008).

A RQ-PCR mostra uma quantificação precisa dos produtos de PCR durante a fase exponencial da amplificação, em contraste com a PCR clássica e a sua quantificação de ponto final. É baseada no uso de sondas fluorescentes com sequências específicas, que hibridizam com a sequência alvo, liberando um sinal fluorescente. (COMPARI *et al.*, 2008).

As principais tecnologias da PCR em tempo real, dentre elas, estão os dois sistemas conhecidos como SYBR Green e TaqMan. (GRANDO *et al.*, 2008). O tratamento se dar com o uso do imatinibe para LMC em fase crônica só tem cobertura financeira para pacientes adultos (Sistema Único de Saúde), Imatinib funciona inibindo o efeito do oncogene bcr abl fundido com o cromossomo Philadelphia, que leva a apoptose de qualquer portador de translocação de células, sem causar danos as células normais. (DRUKER *et al.*, 2009).

R E F E R Ê N C I A S

- ANDERSSON A; Paulsson K; LILLJEBJÖRN H; LASSEN C; Strombeck B; HELDRUP J; FLT3 mutações em uma série de 10 anos consecutivos de 177 leucemias agudas na infância e seu impacto sobre os padrões de expressão gênica global. *Genes Cromossomos Câncer*. 2008;
- BRUNER, S.L; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica** 7 ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 2009.
- CAMARGO, Beatriz de; LOPES, Luiz Fernando. **Pediatria Oncológica: noções e fundamentos para o pediatra**. São Paulo: Lemar, 2009.
- FUNKE, Vaneuz M. **Leucemia mieloide crônica e outras doenças mieloproliferativas crônicas**. *Revista Brasileira de Hematologia Hemoter.*, vol.32, suppl.1, p.71-90, Maio 2010.
- GRANDO, Allyne Cristina; WAGNER, Sandrine Comparsi. **Avaliação laboratorial da doença residual mínima na leucemia mielóide crônica por Real-Time PCR**. *Revista Brasileira de Patologia Med. Lab.*, vol.44, no.6, p.433-440, Dez 2008.
- LORAND-METZE I, Pagnano Kbb, VIEIRA, VA; DELAMAIN, MT; ROSSINI MS, Metze K.. **Fatores que influem na resposta citogenética com o uso do imatinibe em pacientes com leucemia mielóide crônica**. *Revista Brasileira de Hematologia Hemoter.*, 27 (Supl.2): abst 365, 2005.
- NELSON, Waldo Emerson; BEHMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Robert; ARVIN, Ann M. **Tratado de pediatria**. 15º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

NONINO, Alexandre. **Problemas e perspectivas do tratamento da Leucemia Mielóide Crônica no Brasil.** *Revista Brasileira de Hematologia Hemoter*, vol.30, suppl.1, p.66-69, Abr 2008.

RODRIGUES, Karla Emilia; CAMARGO, Beatriz . **Diagnóstico precoce do câncer infantil:** responsabilidade de todos. *Revista Associação Médica do Brasil.*, São Paulo, v. 49, n. 1, 2003. ado de pediatria. 15° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Data de recebimento para publicação: 25.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 16.05.2013.

temas em Saúde

Prevenção de Complicações Cardiovasculares em Diabetes Mellitus¹

Prevention of Cardiovascular Complications in Diabetes Mellitus

Fernanda de Souza Lima²

Carlos Bezerra de Lima³

Hellen Renata Leopodino Medeiros⁴

Raquel Campos de Medeiros⁵

RESUMO: O diabetes é um distúrbio metabólico caracterizado pela hiperglicemia e que se associado a outros fatores, como a hipertensão, tabagismo, obesidade, podem aumentar o risco de complicações cardiovasculares. Assim, este estudo é do tipo exploratório com abordagem quantitativa. Objetivou analisar o processo de atendimento a pessoas com diabetes na atenção básica, sob a perspectiva da prevenção de complicações cardiovasculares. A amostra foi constituída de 20 pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus cadastradas no programa hiperdia de uma unidade de saúde da família localizada em um município do sertão pernambucano. Os dados foram coletados através de entrevistas e foram apresentados em quadros e gráficos. Posteriormente foram discutidos em articulação com a literatura revisada. A partir dos dados coletados, identificou-se que entre as pessoas entrevistadas, há predominância do sexo feminino, 70% da amostra está acima do peso ideal e metade são pessoas aposentadas. Foi observado também que 90% sabe que o diabetes pode acarretar complicações cardiovasculares e que mais de 50% nunca fez consulta com um enfermeiro. Identificou-se ainda que muitos já apresentam outras doenças associadas ao diabetes, o que exige atenção especial dos enfermeiros, para a construção de ações voltadas a essas pessoas, buscando minimizar as possíveis complicações.

UNITERMOS: Diabetes Mellitus. Fatores Determinantes. Prevenção de Complicações Cardiovasculares.

ABSTRACT: *The Diabetes is a metabolic disturbance characterized by hyperglycemia and is associated with other factors, as hypertension, smoking, obesity can increase the risc of cardioaslucar complications. Thereby, this study is kind of exploratory with quantitative approach. The objective is analyse the process of care people with diabetes on the basic attention, under perspective from prevention of cardiovascular complications. The sample was constituted by 20 persons with diagnosed from diabetes mellitus registered in the program Hiperdia a family health unit located in a town of the interior of Pernambuco. The data were collected through interviews and were presented in charts and graphs. Thereafter were discussed in articulation with the literature reviewed. Based on the data collected, it was identified that between people interviewed, there is a predominance of female, 70% of the sample is overweight and half are retired people. It was also observed that 90% knows that diabetes can result cardiovascular complications and that more than 50% did never consulted with a nurse. It was also found that many already have other diseases associated with diabetes, which requires special attention from nurses, to the construction of actions directed to these people in order to minimize the possible complications.*

KEYWORDS: *Diabetes Mellitus. Determinants Factors. Prevention of Cardiovascular Complications.*

1. Artigo retirado do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado às Faculdades Integradas de Patos - FIP, visando à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

2. Acadêmica do curso de Bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

3. Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Coordenador do curso de Bacharelado das faculdades integradas de Patos - FIP.

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

5. Enfermeiro. Especialista. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

Tecidos e órgãos do corpo humano são frequentemente afetados por distúrbios vasculares. Especialmente em pessoas com diabetes, todas as artérias e arteríolas são mais susceptíveis a alterações ateroscleróticas e arterioscleróticas aceleradas, denominadas complicações cardiovasculares, que naquelas que não têm diabetes.

Os mecanismos do aparecimento dessas complicações ainda não estão completamente esclarecidos, mas a duração do diabetes e seu controle interagem com outros fatores de risco, como hipertensão arterial, tabagismo e dislipidemia determinando o curso das complicações cardiovasculares. O controle intensivo desses fatores através de medidas não-farmacológicas e farmacológicas pode reduzir quase todas as complicações em pelo menos metade (BRASIL, 2006).

Apesar de existir o programa Hiperdia preconizado pelo Ministério da Saúde na atenção básica, as complicações cardiovasculares no diabetes estão presentes em grande escala. Nesse sentido convém questionar: Qual o nível de compreensão das pessoas entrevistadas neste estudo acerca da gravidade dessa doença? Que informações são passadas às pessoas com diagnósticos de diabetes no âmbito da unidade básica de saúde, visando prevenir complicações cardiovasculares?

No decorrer da presente pesquisa, vimos o que está sendo feito para promover a conscientização dos usuários com diabetes acerca da prevenção das complicações cardiovasculares. Observamos se os conhecimentos desses usuários interferiram em seus hábitos, considerando que a mudança do estilo de vida é a melhor forma de se viver bem mesmo com diagnóstico de diabetes.

A expectativa que temos é a de que este estudo contribuirá para ampliar os conhecimentos que detemos sobre diabetes e a prevenção de complicações cardiovasculares. Servirá de subsídio à reflexão de estudantes e profissionais de enfermagem acerca desta temática, bem como pessoas com diagnóstico de diabetes e a comunidade em geral, sobre as ações de prevenção de possíveis complicações cardiovasculares advindas da hiperglicemia. De modo particular, contribuirá para que as pessoas que convivem com diabetes possam mudar seu estilo de vida, e buscar uma melhor qualidade de vida.

Para orientar o processo de desenvolvimento deste estudo, foi elaborado como objetivo geral: Analisar o processo de atendimento a pessoas com diabetes mellitus na atenção básica, sob a perspectiva da prevenção de complicações cardiovasculares. E como objetivos específicos: Definir o perfil sócio demográfico dos usuários de uma unidade de atenção básica de saúde acometidos por diabetes mellitus; Descrever as informações oferecidas pelo enfermeiro a essas pessoas; Discutir se os conhecimentos dessas pessoas acerca da prevenção de complicações cardiovasculares interferiram no estilo de vida delas.

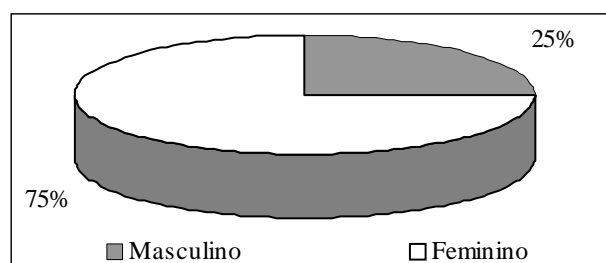
Trata-se de um estudo exploratório, desenvolvido mediante uma abordagem quantitativa. Foi realizado no município de Itapetim-PE no período de Junho a novembro de 2012. A população alvo foi constituída de quarenta (40) pessoas com diagnóstico de diabetes, com uma amostra de 50% da população,

totalizando de vinte (20) indivíduos. A amostra foi definida observando-se os critérios de inclusão: Apresentar diagnóstico de diabetes mellitus; Estar cadastrado no programa hiperdia. E teve como critério de exclusão: Não pertencer à área de cobertura da unidade básica de saúde cenário deste estudo. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro contendo perguntas previamente elaboradas pela pesquisadora, em articulação com os objetivos e para a obtenção das informações procederemos usando a técnica da entrevista semiestruturada. Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das FIP, mediante certidão de protocolo número 140/2012, os dados foram coletados no mês de junho do ano 2012, em um ambiente apropriado através de uma entrevista, em data e horários definidos com a pessoa entrevistada. A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde M/S que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Em seu desenvolvimento foram atendidas as exigências éticas e legais fundamentais, tais como: Autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das FIP. Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Espera-se que a pesquisa amplie os conhecimentos específicos que detemos acerca da temática. Que sirva de subsídio à reflexão e que embase o planejamento de ações de enfermagem, objetivando a adesão dos usuários às ações de prevenção das complicações cardiovasculares para a busca de bem estar e qualidade de vida, conseqüentemente menos gastos pelo Ministério da Saúde nos tratamentos dessas possíveis complicações.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram apresentados em quadros e gráficos, discutidos em articulação com a literatura revisada.

Gráfico 01 - Distribuição de amostra por gênero.

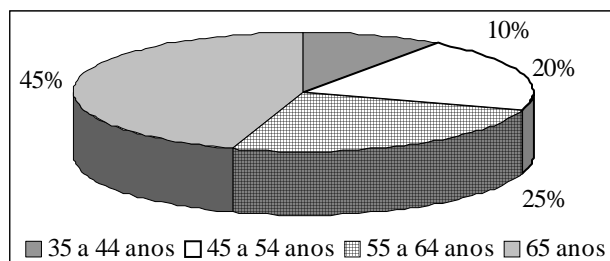


Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

O gráfico 01 mostra que houve predominância do gênero feminino com 75% no grupo amostral e o sexo masculino representado por 25% da amostra. Estes dados articulam-se com uma das características descritas em outros estudos, a exemplo do que foi realizado em Cuiabá-MT no ano de 2009 (FERREIRA; FERREIRA, 2009). Pode ser justificado pela maior demanda de mulheres na utilização dos serviços de saúde. Particularmente no climatério ocorrem inúmeras alterações hormonais na mulher, que podem predispor e causar alterações metabólicas, podendo ser responsáveis por este aumento da prevalência do diabetes

mellitus (DM) no sexo feminino (SOUZA *et al.*, 2003).

Gráfico 02 - Distribuição de amostra por idade.



Fonte: pesquisa realizada em Itapetim-PE em 2012.

Em relação à faixa etária da amostra, ilustrada no gráfico 02, verifica-se que a prevalência de pessoas com diagnóstico de diabetes é de 65 anos e mais, representando 45%, seguidos de 55 a 64 anos (25%), de 45 a 54 com 20% e com menor porcentagem na faixa de 35 a 44 que compreendeu 10% da amostra.

A exposição aos fatores de risco cardiovasculares na infância e na juventude influenciam a elevação de risco de doenças cardiovasculares (DCV) na fase adulta (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010). Esta informação guarda anexos com o referido estudo realizado em Cuiabá-MT que também identificou a prevalência de DM em adultos acima de 40 anos (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

É importante que as políticas de saúde sejam estabelecidas de maneira que garantam a promoção da saúde nas faixas etárias mais expostas ao risco de adoecer, sem perder de vista os outros ciclos da vida (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Gráfico 03 - Distribuição da amostra por índice de massa corpórea.



Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

Para a classificação por índice de massa corpórea (IMC) seguimos a referência da Organização Mundial de Saúde (OMS), indicada pelo Ministério da Saúde em nosso país. Assim, definimos sobrepeso com IMC ≥ 25 Kg/m² e obesidade IMC ≥ 30 Kg/m² (BRASIL, 2006).

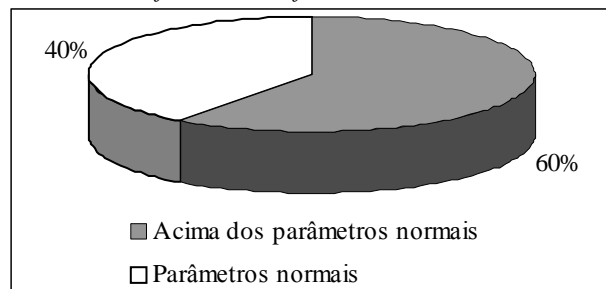
No grupo de pessoas entrevistadas no presente estudo, encontramos sua maioria com sobrepeso, representando uma porcentagem de 45% da amostra, que somando-se a 25% das pessoas consideradas obesas, temos 70% da amostra com peso acima do ideal.

A gordura em excesso acumula-se nas paredes das artérias ocasionando a aterosclerose que evolui para obstrução e conseqüentemente hipoxia da área que deveria ser irrigada pela artéria. Um exemplo é o infarto agudo do miocárdio, ocasionado pela obstrução das artérias coronárias. O ideal é que a equipe da unidade de saúde planeje e implemente medidas voltadas às pessoas com diabetes para o controle do peso, através de incentivos para o exercício físico diário e alimentação equilibrada.

Resalta-se que as pessoas com diabetes do tipo 2 geralmente apresentam obesidade, devendo ser estimuladas a perder peso (KOCHAR, 2005). Já que a obesidade é um dos fatores que elevam o risco de DCV.

O controle do peso corporal deve estar sempre entre as prioridades no tratamento da pessoa com DM2, já tendo sido demonstrado que pode melhorar o controle glicêmico, o perfil lipídico, a sensibilidade insulínica, os níveis pressóricos e reduzir a mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Gráfico 04 - Distribuição das pessoas entrevistadas conforme circunferência abdominal.



Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

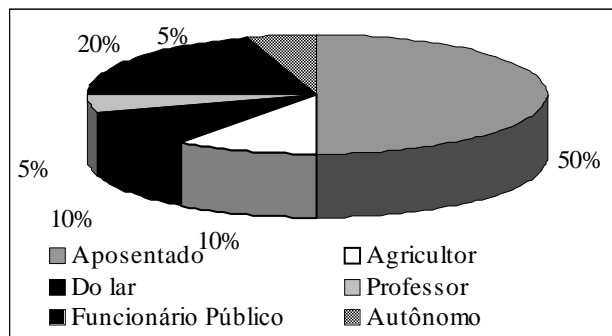
O gráfico 04 ilustra que 60% do grupo amostral está acima dos parâmetros normais sugeridos pelo Ministério da Saúde.

A obesidade está presente na maioria das pessoas que apresentam diagnóstico de diabetes. Considera-se obesidade quando a medida da circunferência abdominal maior que 1 metro para os homens e 90 cm para as mulheres (BRASIL, 2001). Em outra referencia sugere-se que se avalia obesidade em mulheres com a circunferência abdominal >88 cm e >102 para homens (BRASIL, 2006).

No diabetes é comum a presença de complicações micro e macrovasculares, sendo que um dos seus agravantes é a gordura centrípeta e visceral, sendo avaliada através da circunferência abdominal. Assim, deve-se considerar risco para a doença cardiovascular uma medida maior ou igual a 80 cm nas mulheres e 94 cm nos homens (CASTRO; MATO; GOMES, 2006).

É muito importante que essas pessoas saibam que indivíduos com circunferência abdominal aumentada apresentam aumento de tecido adiposo visceral, que acarreta risco para distúrbios metabólicos, em especial à hipertensão arterial (BRASIL, 2006) o que pode prejudicar ainda mais a sua saúde. Com as informações, as pessoas terão consciência de que é essencial a mudança no estilo de vida.

Gráfico 05 - distribuição da amostra quanto à ocupação.

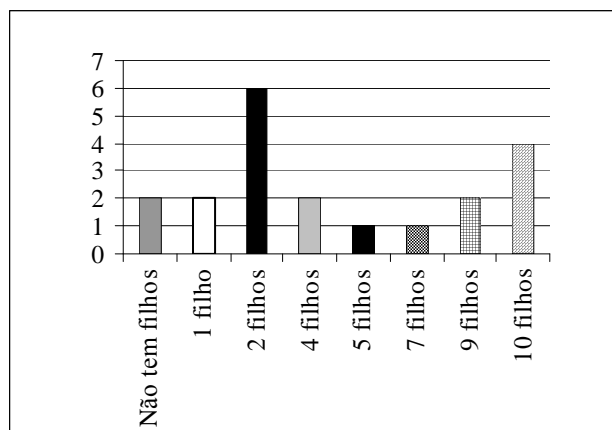


Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

Com a diminuição da qualidade de vida, a alimentação descontrolada, o sedentarismo, bem como os transtornos de humor, ocasionam os problemas de saúde. O diabetes é uma das doenças que mais acometem as pessoas aposentadas sendo comprovado pela presente pesquisa, foram detectados que 50% da amostra estudada são pessoas aposentadas, o que gera um cuidado especial tanto da equipe de saúde como da família para o incentivo à adesão ao alto-cuidado.

Se para alguns a aposentadoria é assimilada de forma positiva proporcionando uma reorganização da vida, para outros é significativamente prejudicial, podendo afetar sua estrutura psíquica. Tal comprometimento pode se manifestar através de sentimentos e sintomas como ansiedade, depressão, irritabilidade e insatisfação generalizada, ocasionando uma redução na qualidade de vida presente até aquele momento (ALVARENGA *et al.*, 2009).

Gráfico 06 - Distribuição da amostra quanto ao número de filhos.

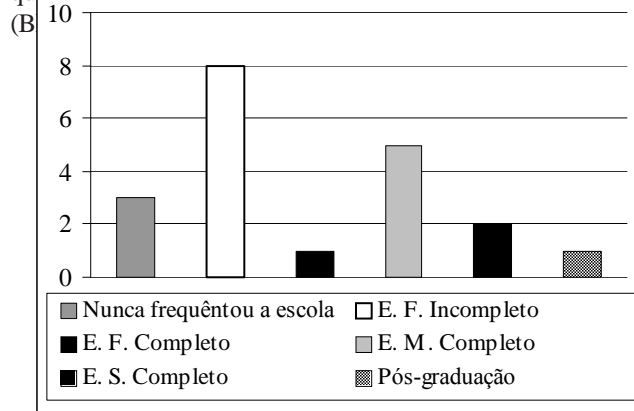


Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

No gráfico 06, a maioria das pessoas entrevistadas tem mais de 2 filhos, o que se torna um fator essencial na adesão ao tratamento do diabetes, pois a pessoa fica mais propensa ao des controle emocional. Nesse caso, a família torna-se uma base

de apoio para a pessoa com diabetes, já que numa casa em que um membro da família necessita fazer o controle de uma patologia, através da mudança no estilo de vida. Todos os outros membros precisam incentivá-lo e apoiá-lo no regime terapêutico, buscando desenvolver ações coletivas na própria família, em que todos deverão começar, junto da pessoa, a ter hábitos alimentares saudáveis e praticarem exercícios físicos, promovendo assim, uma melhor qualidade de vida em que a pessoa obterá maior motivação para adesão ao tratamento, bem como seus familiares estarão desenvolvendo a prevenção da doença.

O cuidado integral à pessoa com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar à mesma a mudar seu modo de viver e de alimentar-se, o que está diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos



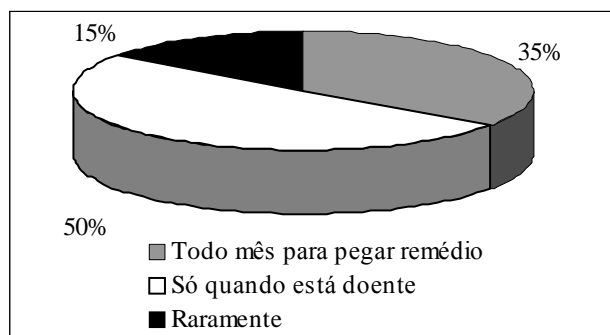
Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

O presente estudo identificou que a prevalência de pessoas com DM possui escolaridade em nível de ensino fundamental incompleto. Esta informação articula-se com o que também foi encontrado em estudo realizado em Cuiabá-MT (FERREIRA; FERREIRA, 2009). Esse mesmo estudo revela que o nível de escolaridade das pessoas acometidas por diabetes, tem importância relevante, pois poderá contribuir no planejamento das atividades de educação para o seu cuidado integral e de seus familiares, especialmente para poder ajudá-los a buscar melhor qualidade de vida.

Outro dado significativo, ilustrado no gráfico 07, é de pessoas com Ensino Médio completo. Esse grau de escolaridade facilita a compreensão das informações, proporciona condições para aprender e aplicar conhecimentos favoráveis ao controle da DM e promoção de qualidade de vida do indivíduo.

O modo como a pessoa com diagnóstico de diabetes compreende a presença da doença em sua vida pode fornecer subsídios importantes para uma ação educativa eficaz (MOURO, 2012).

Gráfico 08 - Distribuição da amostra mediante a frequência com que comparece à Unidade Saúde da Família.

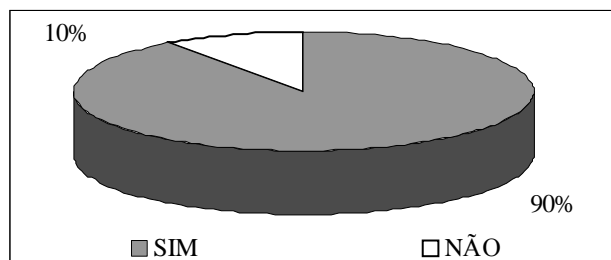


Fonte: pesquisa realizada em Itapetim-PE em 2012.

O gráfico 08 mostra que 50% das pessoas entrevistadas vão à Unidade Saúde da Família (USF) quando estão apresentando algum problema de saúde. Comumente, elas chegam às unidades já apresentando comorbidades associadas e provável controle metabólico insatisfatório (FERREIRA; FERREIRA, 2009). Isso representa um desafio para a equipe de saúde na elaboração de planejamento necessário que permita o controle do agravo já instalado mediante a mudança no estilo de vida, mais precisamente em termos de alimentação, exercícios físicos e uso de medicamento.

Outro dado significativo refere-se a 35% que vão à USF mensalmente para receber a medicação específica para seu caso. Considerando que o serviço desenvolva palestras e outras atividades de educação em saúde, essas pessoas estão recebendo também informações e orientações essenciais para o controle do DM e promoção de qualidade de vida.

Gráfico 09 - Distribuição da amostra quanto a saber ou não que o DM pode acarretar complicações.



Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

O gráfico 09 exibe um dado relevante, com 90% dos entrevistados que responderam sim, o que pode estar articulado com a informação anterior de que 35% deles frequentam mensalmente a unidade, oportunidade em que são informados acerca de possíveis complicações do DM.

Contudo, as informações contidas no quadro 01 não confirmam essa possibilidade. Veja-se que apenas seis pessoas referiram problemas na visão, três referiram problema na cicatrização de feridas, e três citaram infarto. Por outro lado, o gráfico 09 apresenta 10% dos entrevistados que não sabem informar se o DM pode acarretar complicações. Apesar do pequeno percentual, constitui um dado importante, pois, essas

pessoas convivem há algum tempo com a doença, frequentando um serviço de saúde e ignorando os riscos para sua saúde como um todo.

Quadro 1 - Complicações do diabetes mellitus apresentadas pelos entrevistados.

Complicações	Pessoas
Problema na vista	6
Ferimento que demora a cicatrizar	3
Infarto	3
Problema nos rins	1
Hipertensão	1
Problema na circulação	1
Erisipela	1
Amputação	1
Não soube dizer qualquer complicação	3

Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

O comprometimento aterosclerótico das artérias coronárias, dos membros inferiores e cerebrais é comum em casos de DM2 e constitui a principal causa de morte nas pessoas com essa patologia. Essas pessoas podem também apresentar problemas de visão, doença renal (nefropatia diabética) e dano neural (neuropatia sensitiva distal - NSD), que são conhecidas como complicações microangiopáticas. Além disso, os indivíduos acometidos por DM 2 têm uma propensão duas a quatro vezes maior de morrer por doença cardíaca em relação aqueles que não apresentam a doença, e quatro vezes mais chance de ter doença vascular periférica (DVP) e acidente vascular cerebral (AVC). Esta também é conhecida como uma das principais causas de cegueira entre adultos (SHEFFEL et al., 2004).

A pessoa com diagnóstico de diabetes possui risco maior em desenvolver doença cardiovascular, sendo, por exemplo, esse risco o mesmo de uma pessoa que não apresenta diabetes que já tenha tido um evento cardíaco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

A hiperglicemia crônica do diabetes está relacionada a danos de longo prazo com a disfunção e colapso de vários órgãos, sobretudo olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos. O DM é a maior causa de amputações em MMII (CARDOSO et al., 2012). Constitui uma importante causa de mortalidade e de incapacidade precoce, aumenta o risco de doença cardíaca, cerebral e vascular periférica em duas a sete vezes e, no contexto obstétrico, constitui significativamente para a morbidade e mortalidade neonatais GOLDNAM; AUSIELLO, 2005).

Quadro 02 - Depoimentos de outras doenças referidas pelos entrevistados.

Medidas de Prevenção	Pessoas
Hipertensão	14
Não possui mais nenhuma doença	5
Arritmia	1
Angina	2
Úlcera varicosa	1
Psoríase	1
Hipotireoidismo	1
Labirintite	1

Artrite reumatóide	1
Já sofreu infarto	1
Insuficiência cardíaca	2
Artrite	1

Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

O presente estudo mostra que quatorze entrevistados referiram apresentar também hipertensão associada ao DM, ao lado de outras cinco que informaram não ter outra doença além da DM.

Em pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2, a prevalência da hipertensão é mais de duas vezes aquela observada na população não-diabética, devido, em grande parte, à ocorrência concomitante de ambos os distúrbios em pessoas com obesidade e resistência à insulina. Por outro lado, os pacientes com diabetes do tipo 1 são habitualmente normotensos na ausência de doença renal; se houver desenvolvimento de nefropatia, a maioria dos afetados desenvolve hipertensão secundária (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

A hipertensão arterial é a maior determinante da presença de eventos cardiovasculares em pessoas com DM 2, sendo duas vezes mais prevalente entre os indivíduos com diagnóstico de diabetes e sua presença aumenta a ocorrência de complicações micro e macrovasculares (SOUZA *et al.*, 2003).

Outro dado importante, mostrado no quadro 02, é que duas pessoas relataram ter diagnóstico de angina e outras duas apresentarem insuficiência cardíaca associada ao DM. Isso exige do profissional uma atenção especial a esses indivíduos, já que o diabetes além de causar maior risco para DCV, pessoas com diabetes associada a doença cardiovascular têm pior prognóstico, apresentando menos sobrevida em curto prazo, maior risco de recorrência da doença e pior resposta aos tratamentos propostos (SCHAAN; REIS, 2007).

Quadro 03 - Informações dos entrevistados quanto a orientações do enfermeiro para prevenção de complicações cardiovasculares

Orientações	Pessoas
Controlar a dieta	3
Comer verdura	1
Não comer gordura	3
Não comer coisa doce	5
Não comer massa	4
Comer pouca fruta doce	3
Fazer exercício físico	2
Perder peso	2
Baixar as taxas (glicose, Triglicérides, colesterol).	1
Tomar medicação	3
Fazer sempre o exame	1

Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

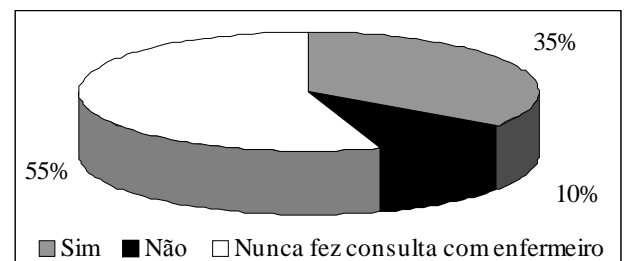
A prática regular de atividade física é indicada a todos os indivíduos que convivem com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a

promover o emagrecimento nas pessoas obesas, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física é considerada prioritária. É importante salientar que perda modesta de peso da ordem de 5% a 10% traz benefícios metabólicos significativos (BRASIL, 2006). Cinco pessoas entrevistadas afirmam que o enfermeiro orientou quanto a não comer alimento doce, além de 4 pessoas entrevistadas afirmarem que o enfermeiro orientou para não comer massa. Essa é uma informação interessante, pois revela o aprendizado acerca de um fator nutricional importante, pois a massa ao ser metabolizada é transformada em açúcares.

Em seguida o destaque vem para a restrição alimentar de gordura, pouca fruta doce referida por três pessoas respectivamente, além de três outras que referiram o controle alimentar e a tomada da medicação. São dados importantes quanto ao repasse de informações e assimilação por parte dos usuários do serviço.

A DM exige do seu portador aprendizagem de novas habilidades adaptativas para compor um novo estilo de vida, visto que deverá ter uma longa convivência com a doença, cabendo aos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, disponibilizar informações que promovam ações de autocuidado e autonomia. As ações de promoção e manutenção da saúde dependem principalmente de empenho pessoal, que por sua vez, depende de conhecimento e motivação (MOURO *et al.*, 2012).

Gráfico 10 - Distribuição dos entrevistados quanto a seguir as orientações do enfermeiro



Fonte: pesquisa realizada em Itapetim - PE em 2012.

No presente estudo foi detectado que de 45% da amostra constitui-se de pessoas que já fizeram consulta com o enfermeiro da unidade, desses 45%, 35% segue as orientações que o enfermeiro lhes transmitiu, e 10% não segue tais orientações. O que chama atenção é que 55% da amostra afirma que nunca fez consulta com o enfermeiro, o que leva a indagar o porquê as pessoas não conhecem o serviço do enfermeiro dentro de uma Unidade Saúde da Família (USF) ou mesmo em um hospital, sendo comprovado pelos entrevistados que na hora da entrevista perguntavam se o enfermeiro fazia consulta. Isso exige um repensar acerca do desempenho do enfermeiro, particularmente quanto ao reconhecimento e valorização do seu trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alcançou parcialmente os objetivos predeterminados, pois, não foi possível descrever por completo as informações oferecidas pelo enfermeiro na unidade às pessoas

com diagnóstico de diabetes, por que apenas uma parcela da amostra (45%), participou de uma consulta com o enfermeiro. Por outro lado, foi possível discutir as informações apresentadas por estas pessoas, que ao participarem da entrevista, demonstraram maior confiança nas respostas em relação as que não fizeram nenhuma consulta com enfermeiro.

Sabe-se que o indivíduo, com todas as informações necessárias e com sua força de vontade para a mudança no estilo de vida, é capaz de minimizar os riscos das complicações cardiovasculares advindas do diabetes. Foi possível observar neste estudo o quanto é necessária a educação permanente, em que, além de palestras para a conscientização da população em geral, o atendimento individualizado, em que se pode criar estratégias voltadas ao cotidiano da pessoa, tornam-se imprescindíveis para o sucesso do tratamento do diabetes mellitus, garantindo assim, a diminuição do risco de possíveis complicações.

Durante a realização do presente estudo foi observado que 70% das pessoas entrevistadas apresentam-se acima do peso ideal e 60% apresenta circunferência abdominal acima dos parâmetros normais sugeridos pelo Ministério da Saúde, dados significantes que podem ser amenizados com a prática de exercício físico e alimentação controlada. Acredita-se que este trabalho sirva de subsídio para os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, as pessoas que convivem com o diabetes e seus familiares, para uma melhor qualidade de vida.

O estudo ajudou a ampliar nossos conhecimentos a respeito do diabetes, suas complicações e medidas usadas para prevenir tanto a doença, como as complicações cardiovasculares. Bem como a importância do enfermeiro rastrear as pessoas com diagnóstico de diabetes e possíveis riscos de complicações, a fim de levá-las a informações corretas para o controle eficaz da glicemia.

R E F E R Ê N C I A S

- ALVARENGA, L.N. *et al.* **Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso.** Rev. Esc. Enfem. USP, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus -** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus, **caderno de atenção Básica, n. 16.** - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus -** diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília - DF 2006.
- CARDOSO, G.M. *et al.* Qualidade de vida na percepção da gravidade da doença em portadores de diabetes mellitus. **Enfermagem em foco. Vol. 3, n. 3-** Brasília: cafen, agost, 2012.
- CASTRO, S. H.; MATO, H. J. ; GOMES, M. B.; Parâmetros antropométricos e síndrome metabólica em diabetes tipo 2. - **Arq. Bras. Endocrinol. Metab. vol.50 n.3** - São Paulo - Junho, 2006.
- FERREIRA, C.L.R.A.; FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos de rede pública de saúde - análise a partir do sistema HiperDia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.- Vol. 53, n.1** - São Paulo, fev., 2009.
- GOLDNAM, L; AUSIELLO, D. **Cecil - tratado de medicina interna.** 22º ed- Rio de janeiro - RJ : Elsevier, 2005.
- KOCHAR, M.S. **Tratado de medicina interna.-** 4º ed.- Rio de janeiro - RJ: Guanabara Koogan, 2005.
- MOURO, D. L. , *et al.* , Assistência de enfermagem no pé diabético: diretrizes preconizadas e suas reflexões na literatura. **Rev. Nursing - ed. Brasileira. Vol. 171, n.15: 427-433.** Editorial Bolina Brasil Ltda - agosto, 2012.
- SCHAAN, B. D.; REIS, A. F. Doença cardiovascular e diabetes. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab. Vol. 51, n.2** - São Paulo - SP , 2007.
- SCHEFFEL, R.S. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev. Assoc. Bras. , 2004.**
- Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus - diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes,** 2006.
- SOUZA, L. J. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab., Vol. 47, n. 1.** São Paulo, fev., 2003.

Data de recebimento para publicação: 25.03.2013. - Data de aprovação do trabalho: 17.05.2013.

Prevalência da Desnutrição em Crianças de Zero a Cinco Anos em Uma Unidade de Saúde da Família

Prevalence of Malnutrition in Children from Zero to Five Years in One Unit Family Health

Jéssica Lâmara Leite Faustino¹
Kilmara Melo de Oliveira Sousa²
Geane Gadelha de Oliveira³
Sheila Rodrigues Granjeiro⁴

RESUMO: A desnutrição é uma deficiência de nutrientes essenciais, pode ser causada pela ingestão inadequada devido a uma dieta deficiente ou má absorção intestinal, perda anormal de nutrientes através da diarreia ou do sangramento (hemorragia), da insuficiência renal ou da sudorese excessiva. O objetivo foi identificar qual a prevalência da desnutrição em crianças de 0 à 5 anos em uma Unidade de Saúde da Família em um município do sertão paraibano. A pesquisa foi do tipo exploratória descritiva sendo a mesma com uma abordagem quantiquantitativa, a população foi composta de 30 mães, a amostra foi de 100%. Na discussão dos dados sociodemográficos observou-se que a maioria possui idade entre 19 a 25 anos, assim como sendo a maioria da amostra casadas, e possuem apenas um filho, quanto a renda familiar a grande porcentagem possui até um salário mínimo, bem como ensino fundamental incompleto, e na sua totalidade não trabalha. Ainda conforme os dados encontrados, percebe-se que, a maioria afirma que o consumo de água é filtrada, a maioria amamentou seu filho, bem como a amostra relata em sua maioria que as crianças fazem três refeições, assim como a maioria afirma que as crianças foram acometidas por infecção respiratória aguda. Então portando podemos afirmar que a presente pesquisa alcançou os objetivos propostos, onde identificamos a prevalência da desnutrição infantil.

UNITERMOS: Desnutrição. Infância. Unidade de Saúde da Família.

ABSTRACT: Malnutrition is a deficiency of essential nutrients, can be caused by inadequate intake due to a poor diet or intestinal malabsorption, abnormal loss of nutrients through diarrhea or bleeding (hemorrhage), renal failure or excessive sweating. The goal was to identify where the prevalence of malnutrition in children aged 0 to 5 years in a Family Health Unit in a hinterland municipality of Paraíba. The research was descriptive and exploratory kind of the same with a quantiquantitative approach, the population was composed of 30 mothers, the sample was 100%. In the discussion of demographic data showed that most have age between 19 to 25 years, as well as the majority of the sample married and have one child, family income as a large percentage possesses up to a minimum wage, as well as teaching incomplete primary, and in its entirety does not work. Still according to the findings, it is clear that the majority states that the consumption of water is filtered, most nursed her son, as well as sample reports mostly children make three meals, like most states that children were affected by acute respiratory infection. So we can say that porting this research has achieved its objectives, where we identify the prevalence of child malnutrition.

KEYWORDS: Malnutrition. Childhood. Family Health Unit.

1. Acadêmica do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Rua: São José Nº 923, CEP 58.701-120, Jardim Guanabara, Patos - PB. Email: jessicalamara15@hotmail.com.

2. Enfermeira. Especialista. Professora 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.

INTRODUÇÃO

A desnutrição é uma deficiência de nutrientes essenciais, pode ser causada pela ingestão inadequada devido a uma dieta deficiente ou má absorção intestinal, perda anormal de nutrientes através da diarreia do sangramento (hemorragia), da insuficiência renal ou da sudorese excessiva (MANUAL MERCK, 2008).

A desnutrição também desenvolve-se através de outros fatores, onde se envolvem processos tanto ambientais, quanto patológicos, sendo que estes estão quase associados a pobreza, não se tratando apenas de uma carência de alimentos (SARINI *et al.*, 2005).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Ações Unidas para a Infância (UNICEF), estima-se que em todo o mundo, 190 milhões de crianças menores de cinco anos sejam desnutridas crônicas e que 50% das mortes em crianças desta faixa etária em países subdesenvolvidos possuem a desnutrição como causa básica ou associada (MACHADO; VIEIRA, 2004).

No Brasil, a situação não se difere da realidade mundial, pois cerca de 31% das crianças menores de cinco anos se encontram desnutridas, sendo que nas regiões mais pobres como o Norte e Nordeste, esta prevalência chega a 60%. Através da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, observou-se que a cada dez crianças com menos de cinco anos de idade, uma apresenta desnutrição crônica, ou seja, déficit de altura para a idade (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2004).

No semi-árido nordestino foram registrados os maiores índices de desnutrição infantil: Alagoas tem 9,54% de casos, Ceará 8,64%, Pernambuco 7,17%, Bahia 7,01%, Sergipe 6,85%, Piauí 5,98%, Rio Grande do Norte 5,51%, Minas Gerais 5,36%, e Paraíba 3,71%. Portanto a Paraíba apresenta o menor índice de desnutrição infantil no semi-árido (BRASIL, 2006).

Diante das evidências citadas, torna-se relevante a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de desnutrição em crianças. Apesar de vários estudos existentes nessa área, há uma diferenciação de uma região para outra, no que se diz respeito à cultura, hábitos alimentares, de forma que um estudo mais localizado permita uma intervenção mais eficaz (NUTRIR GERAIS, 2009).

A importância do estudo do tema contribuiu para melhorar o controle e prevenção da desnutrição, dando subsídios para um melhor planejamento de ações voltadas para a redução desses índices, onde os profissionais da área da saúde devem realizar ações educativas, e repassar os cuidados específicos que se deve ter com uma criança (educação alimentar, higiene, vacinação...), aplicando no cuidar todo o saber técnico-científico, dessa forma promovendo a recuperação destas e colaborando para a diminuição que ainda é crescente no Brasil.

Os profissionais de enfermagem envolvem-se diariamente com crianças que sofrem de desnutrição, isso foi o que me motivou a estudar o tema. Desta forma a pesquisa poderá contribuir para a implantação de novos programas de incentivo a saúde da criança na Estratégia de Saúde da Família (ESF), para que melhore a assistência a estas crianças e a criação de medidas eficientes de combate a pobreza e a fome.

Diante do que foi exposto, chegamos ao seguinte

questionamento. Qual a prevalência da desnutrição infantil em crianças de 0 à 5 anos?

Acredita-se que o presente estudo servirá para a conscientização dos profissionais da área da saúde quanto ao atendimento prestado, promovendo atividades educativas para o entendimento das mães e também terá uma contribuição para outras pesquisas neste assunto.

METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo, com caráter descritivo com abordagem quantiqualitativa. O mesmo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família de um município do sertão paraibano, no decorrer do semestre 2012.2.

A população deste estudo foi composta por 30 usuárias (mães de crianças 0 à 5 anos) que estão cadastradas na unidade referida. A amostra por sua vez foi constituída por 100% das usuárias (mães de crianças 0 à 5 anos) que se dispuserem participar da pesquisa após o recebimento das informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: ser cadastrada na Estratégia Saúde da Família, participar da pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Ter filho de 0 a 5 anos de idade, foram excluídas as mães que se recusaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta dos dados ocorreu por meio de um roteiro de entrevista composto por questões objetivas e subjetivas de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa. A entrevista foi feita em um ambiente livre de ruídos e durou cerca de 10 à 15 minutos com cada entrevistada. Os dados foram coletados em uma Unidade de Saúde da Família, durante os meses de agosto e setembro/2012, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos.

Os dados foram analisados através de gráficos e tabelas para subsidiar a discussão dos resultados, com respaldo na literatura pertinente ao tema em questão.

Inicialmente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa das FIP para avaliação do ponto de vista ético. Após a aprovação foi iniciada a coleta de dados do mencionado estudo, sendo respeitando os princípios éticos, que envolve a pesquisa com seres humanos, preconizados pela Resolução nº 196/96, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), esclarecendo o direito dos colabores de desistir a qualquer momento sem sofrer dano algum e a certeza de que sofrerão riscos mínimos, além da garantia de que terão suas identidades mantidas em sigilo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Caracterização da amostra sócio-demográfica.

VARIÁVEIS	ESPECIFICAÇÕES	F	%
Idade	19 a 25 anos	17	57
	26 a 35 anos	13	40
	36 a 45 anos	01	03

Estado Civil	Solteira	12	50
	Casada	15	10
	Divorciada	03	40
Número de Filhos	Apenas um	12	40
	Dois filhos	10	33
	Três filhos	06	20
	Mais de três filhos	02	07
Renda Familiar	Menos de 1 salário	09	30
	Até 1 salário	15	50
	2 a 4 salários	06	20
Escolaridade	Não estudou	01	03
	E. F. Incompleto	14	47
	E. M. Completo	07	23
	E. M. Incompleto	04	13
	E. S. Incompleto	00	03
Ocupação	Trabalha	10	40
	Não trabalha	20	60
Situação de moradia	Casa própria	15	50
	Aluguel	09	30
	De favor	06	20
TOTAL		30	100

Fontes do próprio estudo.

Conforme a Tabela 1 segundo a variável da idade foi possível observar que 57% (17) afirmam possuir idade entre 19 a 25 anos, 40% (12) entre 26 a 35 anos, e apenas 3% (1) entre 36 a 45 anos de idade.

Podemos considerar a amostragem são adultas jovens uma vez que a maioria afirmaram possuírem entre 19 a 25 anos. Sendo que as mesmas possuem uma certa maturidade por já ter tal idade.

De acordo com Castro, (2012) considera que o fator de faixa etária é de grande importância uma vez que o recurso do aborto é em sua grande maioria praticado pelas jovens, reforça ainda que as gestações que o originaram são consideradas sempre não indesejadas. Então por este motivo que pela falta de autonomia social e financeira das jovens e o engajamento em relações ainda não consolidadas contrairiam a representação que valoriza a chegada do filho sob certas condições.

De acordo com a Tabela 1, segundo a variável do estado civil demonstra que 50% (15) dos entrevistados afirma ser casadas, enquanto que 40% (12) são solteiras e apenas 10% (3) são divorciadas.

O papel do companheiro é muito importante, pois o mesmos oferece segurança para a mulher levando em consideração as suas necessidades no momento preciso, por esta vivenciado uma nova etapa na vida.

O estado civil da população feminina serem casadas por se só fez relevante nesta análise do ponto de vista que a presença do companheiro, por si só, já oferece um bom suporte emocional a essa mulher durante este período (SILVA *et al.*; 2011).

Para as pessoas em união estável, o envolvimento do cônjuge é componente facilitador para a melhoria da saúde da mãe assim como para o recém-nascido, pois os mesmos precisam do apoio da presença paterna (MACHADO; VIERA, 2004).

Segundo a Tabela 1, apresenta a variável número de filhos

onde destaca-se que 40% (12) possuem apenas um filho, 33% (10) afirma ter dois filhos, 20% (06) três filhos e apenas 7% (2) possuem mais de três filhos.

Com relação ao número de filhos podemos perceber que a maioria da amostragem é primípara, significando que esta necessitando de muitas orientações com relação a amamentação materno, enfim os primeiros cuidados do RN.

Conforme a Tabela 1 destaca-se que com relação a renda familiar 30% (09) possuem menos de um salário mínimo, 50% (15) até uma salário mínimo, 20% (06) possuem 2 a 4 salários mínimos. O fator de renda familiar é primordial uma vez que para se tenha acesso a uma boa qualidade de vida necessita de poder aquisitivo, onde poder adquirir alimentação saudável, lazer, entre outros.

É importante lembrar que a condição socioeconômica pode ser um determinante para a desnutrição, ou seja, quando a renda familiar é inferior ao salário mínimo, o índice de desnutrição das crianças possui uma tendência de ser maior, analisando o nível de renda familiar e sua influência na desnutrição (BARROS, 2007).

Segundo a Tabela 1, destaca-se que 47% (14) afirmam possuir ensino fundamental incompleto, 23% (07) ensino médio completo, 13% (04) ensino médio incompleto e 3% (01) ensino superior incompleto 10% (03) ensino superior completo enquanto que 3% (01) afirmam não ter estudado.

O fator de escolaridade é de suma importância uma vez que quanto menos estudos as gestantes possuem mais dificuldades em absorver as orientações sobre as principais formas de cuidar da alimentação dos filhos, uma vez que as intervenções tem que ser mais sistematizadas para este público alvo.

O grau de escolaridade caracteriza-se por sérios problemas econômicos e sociais, sendo reflexo de concentração de renda que gera desigualdades sociais, influenciando no baixo nível escolar de sua população (BARROS, 2007).

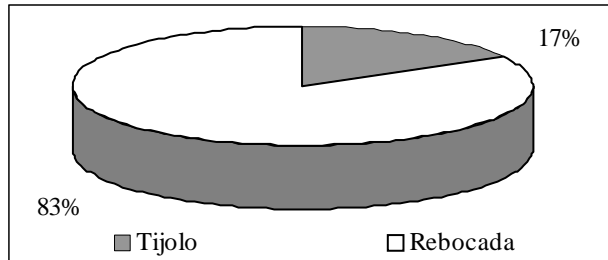
Conforme a Tabela 1, a variável ocupação apresenta-se com 60% (20) não trabalham e 40% (10) das entrevistadas afirmam possuir um trabalho.

Quando se refere a ocupação da gestante é importante que a mesma tenha consciência que precisa buscar a Unidade de Saúde Básica (USB) para o acompanhamento do pré-natal uma vez que é neste momento que é retirada toda e qualquer dúvida que a mãe possa a ter sobre como cuidar do bebê (PASTORE *et al.*, 2008).

Ainda de acordo com a Tabela 1, verifica-se que a variável situação de moradia 50% (15) moram em casa própria, 30% (09) casa alugada e 20% (06) moram de favor com os outros da família. A situação de moradia é um fator muito importante em relação a desnutrição pois no caso da casa ser própria sobrarão mais finanças para se alimentar, já no caso de aluguel as despesas terão que ser divididas.

As condições sociais e materiais de vida influenciam de maneira indireta o processo de saúde doença e conseqüentemente a expectativa de vida. Portanto, o lugar, tipo de moradia, ocupação, nível de renda e número de filhos podem agravar situações de desnutrição (OLIVEIRA, 2009, p. 11-12).

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra sobre o tipo de casa.

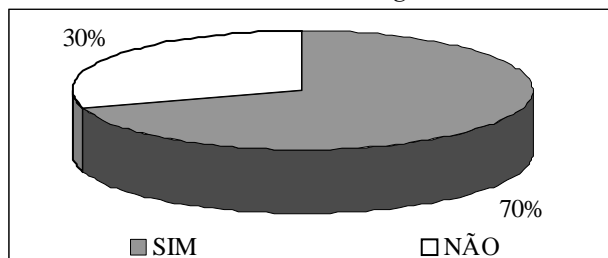


De acordo o Gráfico 1, demonstra que 83% (25) da amostragem afirmam morar em casa rebocada, e enquanto apenas 17 % (05) relata ser a casa com tijolos.

A moradia é um fator de grande importância uma vez que uma casa representa o lar, onde deve oferecer condições favoráveis para a criação do filho em condições saudáveis.

De acordo com Teixeira (2011) afirma que a Casa de moradia foi desenvolvida com soluções para propiciar a máxima eficiência energética, e conforto térmico integrados ao projeto arquitetônico, valorizando os conceitos de aproveitamento da ventilação e a iluminação natural. Para a construção serão utilizados materiais ambientalmente corretos e eficientes (tijolos e paredes monolíticas de solo-cimento, painéis térmicos com placas de isopor e de resíduos sólidos, telhas de fibras vegetais). Para que a casa seja construída com o máximo de segurança ambiental e assim manter a integridade da família que nela residem.

Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra com relação ao tratamento da água.

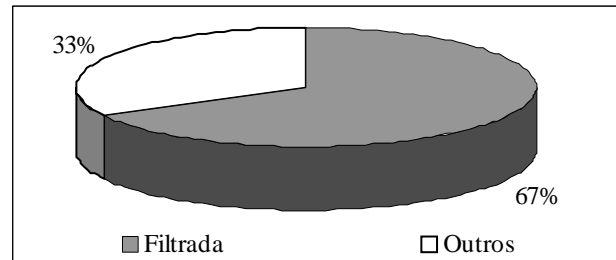


De acordo com o Gráfico 3, apresenta que 67% (20) da amostra realiza o tratamento da água através da filtração, enquanto que 33% (10) é através de outros (torneira, água mineral).

A ingestão de uma água bem tratada é de suma importância uma vez que pode evitar muitas doenças que são provocadas pelo consumo de água poluídas, através da realização da comida, lavando frutas e verduras com águas sem os devido cuidados que são necessário para não adoecer.

Conforme estudos de Castro (2012) considera que a água destinada ao consumo humano deve preencher condições mínimas para que possa utilizada. A água é muito importante para os seres vivos, e para que possamos utilizá-lo é importante que esteja limpa, ou seja, tratada. Sem o tratamento da água podemos correr o risco de nos contaminarmos por vírus e bactérias e assim evitar de ficar doente, pois os mesmos transmitem várias doenças para o ser humano.

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra se a criança foi amamentada.

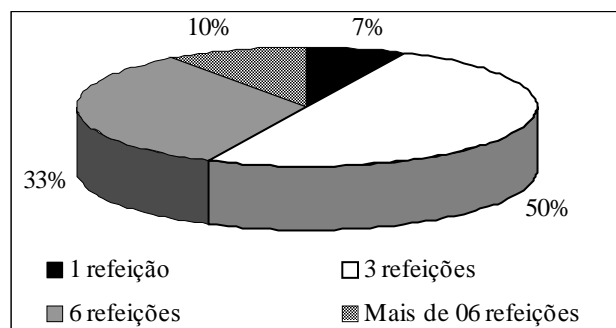


Segundo o Gráfico 3, foi possível identificar que 70% (21) da amostragem afirma que sim as crianças foram amamentadas, enquanto que 30% (09) afirma que não amamentaram suas crianças.

O aleitamento materno é de grande importância para o desenvolvimento da criança sendo que o mesmo tem inúmeras vantagens, dentre elas podemos destacar ser de baixo custo financeiros, é considerado um alimento completo para o recém-nascido, bem como aumenta o vínculo afetivo entre a mãe o bebê, serve de anticorpos para varias doenças (respiratórias, aumenta o sistema imunológico, evita patologias gastrointestinais).

O aleitamento materno exclusivo é importante para a saúde dos bebês segundo a indicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua recomendação de que os bebês sejam exclusivamente amamentados por 6 meses. A proteção à saúde oferecida pelo aleitamento materno exclusivo não se limita aos países em desenvolvimento; uma meta-análise de larga escala sobre o efeito do aleitamento nos desfechos de saúde de bebês em países desenvolvidos demonstrou que o aleitamento materno exclusivo oferecia mais proteção do que o aleitamento parcial contra otite média aguda, dermatite atópica e hospitalização por doença respiratória (FIEN, 2009).

Gráfico 4 - Distribuição percentual da amostra de quantas refeições a criança faz por dia.



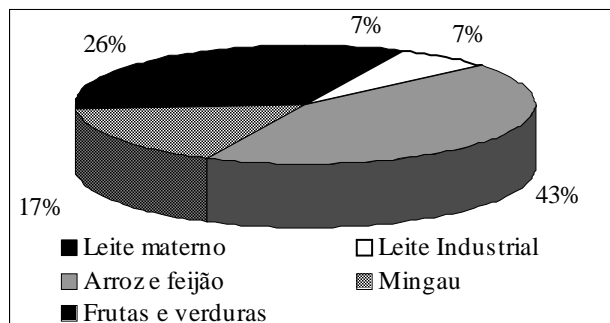
Segundo o Gráfico 4, demonstra que 50% (15) realiza três refeições as crianças, 33% (10) realiza 6 refeições, 10% (3) mais de 6 refeições, 7% (2) afirma realizar apenas uma refeição.

Orientações com relação ao numero de refeições é algo deve ser feito sempre, pois as mães ainda têm duvidas neste aspecto, uma vez que um aumento neste numero de refeições pode promover uma criança obesa assim como a diminuição a desnutrição infantil.

As atividades educativas em nutrição devem ser

assumidas no cotidiano dos serviços de alimentação escolar, pois podem e devem sustentar as ações promotoras de saúde, que representa um espaço privilegiado para o aprendizado permanente (MELO *et al.*, 2012).

Gráfico 5 - Distribuição percentual da amostra referente a qual alimentação é oferecida a criança.

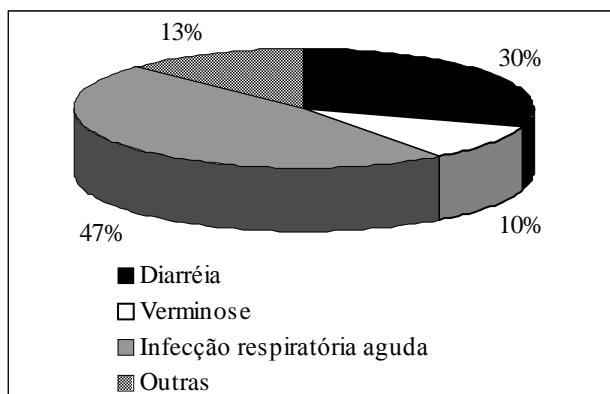


De acordo com o Gráfico 5, demonstra que 43% (13) afirma que alimentação oferecida é arroz e feijão, 17% (5) mingau, 26% (8) frutas e verduras, 7% (2) leite materno e 7% (2) leite industrializado.

Verificamos que as mães direcionam a nutrição de suas crianças a alimentos como o arroz e o feijão, que relataram saciar a fome. Os alimentos que incluem proteínas, carboidratos, gorduras saturadas, vitaminas (especialmente A, C e Complexo B), minerais (especialmente Cálcio e Ferro) e água são os necessários para o perfeito funcionamento.

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, depois dessa idade, que os lactentes recebam alimentos complementares, mas continuem com o leite materno até os dois anos. As práticas apropriadas de alimentação são de fundamental importância para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição dos lactentes em qualquer lugar. Nessa ótica, o aleitamento materno exclusivo é de crucial importância para que se obtenham bons resultados (SILVA; SOUSA, 2005).

Gráfico 6 - Distribuição percentual da amostra se a criança já foi acometida por alguma doença



De acordo com o Gráfico 6, destaca-se que 47% (14) das entrevistadas afirmam que a criança já foi acometida por Infecção respiratória, 30% (09) diarreia, 13% (04) outros, 10% (03) verminoses.

Para a população de 0 a 5 anos de idade em nosso país, os problemas de saúde prioritários são a diarreia, as infecções respiratórias agudas, a desnutrição e a anemia, agravos que são passíveis de controle e assistência no nível primário de atenção básica de saúde.

A desnutrição apresenta-se como um grave problema de saúde atingindo principalmente as crianças com menos de 5 anos de idade, onde as doenças como diarreia, verminoses e IRAS são frequentes, associadas aos conhecimentos inadequados dos cuidados apropriados a criança, fatores econômicos e políticos e simplesmente a falta de alimentos caracterizam essa condição infantil problemática (WONG, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que a desnutrição infantil considera-se um sério problema de saúde pública, sendo por este motivo o fator pelo qual devemos aprimorar nossos conhecimentos frente ao tema falado. O município de Patos no estado da Paraíba foi o local de pesquisa deste trabalho, escolhi uma Unidade de Saúde Básica (USB) para desenvolvê-lo, no qual foi observado uma grande parte de familiares que lá residem que sofrem com as condições sócio-econômicas, sendo perceptível a situação de pobreza refletida também nos fatores de educação e cultura. Fica evidente no estado que estas condições propiciam o agravamento do quadro da desnutrição infantil no município.

Tendo em vista assim, o Brasil, com seus intensos problemas econômicos e sociais que surgem como consequência da concentração de renda como fator gerador da grande desigualdade social, pode se mostrar de maneira específica, na cidade de Patos-Pb, esses problemas sócio-econômicos que afetam o território nacional como fato influenciador da desnutrição infantil.

Através do estudo foi possível observar que a maioria possui idade entre 19 a 25 anos, assim como sendo a maioria da amostra casadas, e possuem apenas um filho, quanto a renda familiar a grande porcentagem possui até um salário mínimo, bem como ensino fundamental incompleto, e na sua totalidade não trabalha.

Reforçamos ainda a grande relevância da pesquisa, vendo a importância do papel do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, salientando que quanto mais informações as mães sobre as necessidades da nutrição das crianças menores de 5 anos.

Então portando podemos afirmar que a presente pesquisa alcançou os objetivos propostos, onde identificamos a prevalência da desnutrição infantil, assim como podemos afirmar a importância da assistência de enfermagem frente a saúde criança com a finalidade de ajudar as crianças a desenvolver o crescimento saudável, das mesmas, assim como orientar as mães sobre a grande magnitude delas realizarem a amamentação e fazer as refeições adequadas.

R E F E R Ê N C I A S

- BARROS, Maria Deanne Manguiera Gomes. Investigação dos fatores desencadeantes da desnutrição em crianças na faixa etária de 0 à 5 anos, acompanhadas na USF no Município de Coremas-PB, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: MS, 1996.
- CASTRO, M. S. Importância de tratamento de água ETA. Palmas TO. Revista Brasileira meio ambiente. V. 12, n. 3, 2012.
- FEIN, Sara B. Aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 85, n. 3, June 2009.
- MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, V.12, p. 76-82, jan./fev. 2004.
- MANUAL MERCK de saúde para a família. **Macronutrientes, Micronutrientes Necessidades Nutricionais**. Perturbação da nutrição e do metabolismo 2008.
- MELLO, Adriana Lima et al . Perfil do nutricionista do programa nacional de alimentação escolar na região Nordeste do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 1, Feb. 2012 .
- NUTRIR GERAIS- Revista Digital de Nutrição, Itapetinga, v. 3, n. 4, p. 384-395, fev./ jul. 2009.
- OLIVEIRA, F. **Uma contribuição ao debate sobre raça/etnia e saúde, sexualidade, gênero, sociedade**. Números 15 e 16. Edição especial. Dezembro de 2009, p. 11-12. Centro de Pesquisas em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, RJ.
- PASTORE, J; ZYLBERSTAJN, H. e PAGOTTO, C.S. **Mudança social e pobreza no Brasil**. São Paulo, Fipe/Pioneira, 1983.
- SARNI, R. O. S.; SOUSA, F. I. S.; CATHERINO, P.; KOCHI, C.; OLIVEIRA, F. L. C.; NÓBREGA, F. J. Tratamento de crianças com desnutrição grave. Arquivos Latino-Americanos de Nutrição, São Paulo, v. 55, n. 4, 2005.
- SILVA, Wilians dos Santos et al . Avaliação dos benefícios da coleta de lixo em Palmas, Tocantins: uma aplicação do método de avaliação contingente. **Eng. Sanit. Ambient.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, June 2011.
- SILVA, Amauri Pinto da; SOUZA, Nelson de. Prevalência do aleitamento materno. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 3, June 2005 .
- TEIXEIRA DE FREITAS, F. A. Trabalho acadêmico a ser apresentado como parte do Processo Interdisciplinar de Cultura Empreendedora - PICEM, para avaliação do 1º Período do Colegiado de Engenharia Civil da Orientadora: Profª Gislene M. Cusim. Baíha-BA, 2011
- WONG, Donna L. Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Data de recebimento para publicação: 10.04.2013. - Data de aprovação do trabalho: 17.05.2013.

saúde

Traumatismo Cranioencefálico: Assistência Prestada por Um Grupo de Enfermeiros¹

Traumatic Brain Injury: Assistance By a Group of Nurses

David Diego Alves de Oliveira²

Allan Martins Ferreira³

Marcelo Alves Barreto⁴

Edmara da Nóbrega Xavier Martins⁵

RESUMO: O traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma agressão de natureza leve e/ou grave ao cérebro, caracteriza-se por um déficit neurológico e psicológico, que conforme a apresentação da lesão cerebral pode ser reversível ou irreversível. Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, foi realizado com enfermeiros plantonistas do setor de urgência e emergência de um Hospital paraibano, objetivando analisar como estes prestam assistência ao paciente vítima de TCE. A amostra se fez a partir de 24 profissionais, que aceitaram participar do estudo após leitura do TCLE. Conforme os dados, percebeu-se que a maioria das vítimas atendidas são do gênero masculino, com faixa etária entre 19 e 28 anos de idade, tiveram como mecanismo de trauma um acidente motociclístico, apresentaram TCE moderado e apresentaram como fator predisponente a essa condição o uso inadequado de bebidas alcoólicas e veículos automotores. Todos os enfermeiros afirmaram avaliar, durante a admissão, o mecanismo de trauma no qual a vítima se envolveu, assim como, realizar em grande parte, o atendimento inicial a vítima, executando um protocolo preexistente e sequenciado denominado (ABCDE), pôde-se observar que apenas 54% da amostra afirmou realizar, durante o atendimento, a avaliação pupilar e o escore de Glasgow da vítima, relataram em maioria ajudarem na condução dos exames complementares e executar a prática de enfermagem diante dos cuidados a vítima. Notou-se existir ainda algumas dificuldades em se prestar assistência à vítima de TCE, onde se apontou a falta de equipamentos e médicos especialistas que possam tratar definitivamente a vítima, sem a necessidade de removê-lo para outros centros de referência. Portanto, conclui-se que a assistência de enfermagem a essas vítimas deve ser diferenciada, holística, e fiel, tornando-se necessário também, que as políticas de saúde, busquem melhorar suas ações, invistam no repasse de informações e na prevenção do TCE.

UNITERMOS: Assistência. Enfermeiros. Traumatismo Cranioencefálico.

ABSTRACT: *Traumatic brain injury (TBI) is an injury mild and / or severe the brain, characterized by a psychological and neurological deficit, which according to the presentation of brain injury can be reversible or irreversible. This is a study of exploratory and descriptive, using a quantitative approach, was conducted with nurses on duty in the emergency department and emergency room Paraíba, aiming to analyze how they provide patient care suffered TBI. The sample was made from 24 professionals, who agreed to participate after reading the informed consent form. According to the data, it was noticed that the majority of victims are treated males, aged between 19 and 28 years of age, trauma mechanism as had a motorcycle accident, showed moderate TBI and presented as a predisposing factor to this condition the inappropriate use of alcohol and motor vehicles. All nurses reported assessing for admission, the trauma mechanism in which the victim was involved, as well as perform largely the initial care the victim, running an existing protocol called and sequenced (ABCDE), we observed that only 54% of the sample stated perform during the service, pupillary assessment and Glasgow score of the victim, reported in most help in conducting exams and perform the practice of nursing care on the victim. It was noted there are still some difficulties in providing assistance to victims of TBI, which pointed to the lack of equipment and medical specialists who can definitely treat the victim, without the need to remove it to other centers of reference. Therefore, it is concluded that nursing care to these victims should be differentiated, holistic, and faithful, making it necessary also that health policies, seek to improve their shares, invest in the transfer of information and prevention of TBI.*

KEYWORDS: Assistance. Nurses. Traumatic Brain Injury.

1. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

2. Aluno concluinte do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP, 2012.2. Autor para correspondência: David Diego Alves de Oliveira. Rua Prefeito Oscar Torres, nº643, Bairro Santo Antônio, CEP: 58701-140. Patos - PB. E-mail: daviddiego17@hotmail.com.

3. Enfermeiro, Especialista em Urgência e Emergência, Supervisor de Estágio Curricular de Urgência e Emergência das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Orientador da pesquisa.

4. Enfermeiro, Aluno do Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade Cruzeiro do Sul, Especialista em Saúde Pública, Docente da Disciplina de Urgência e Emergência e Fisiologia das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

5. Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência e Enfermagem do Trabalho, Supervisora de Estágio Curricular de Urgência e Emergência das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma agressão de natureza leve e/ou grave ao cérebro dos indivíduos acometidos por esse mal. Certas lesões causam não somente rebaixamento do nível de consciência, mas também, alterações no estado emocional, físico e comportamental, isso devido a alguns fatores físicos externos e internos.

O TCE é uma causa importante de morte e invalidez em crianças e adultos em todo mundo. Quase 1,6 milhões de lesões cranianas ocorrem a cada ano nos EUA, e mais de 250.000 indivíduos necessitarão de hospitalização. Há aproximadamente 60.000 mortes por TCE, e 80.000 pacientes são deixados com seqüelas neurológicas permanentes. O ônus econômico com essas vítimas custa mais de US\$ 100 bilhões anualmente. Tem as colisões de veículos automotores como as causas mais frequentes, e são especialmente comuns em adultos jovens e adolescentes, podendo-se observar que o uso de álcool é um fator predisponente em 40% dos casos. As quedas são consideradas a segunda causa, e são observadas mais freqüentemente nos extremos de idade (IRWIN; RIPPE, 2007).

É a principal causa de morte em uma população jovem, com faixa etária entre 15 e 24 anos. A incidência é três a quatro vezes maiores nos homens do que nas mulheres. Ocorre quando o paciente sofre um impacto na cabeça, lesando suas estruturas internas e, algumas vezes, as externas. Entre outras causas, destacam-se também as agressões interpessoais, como ferimentos por arma de fogo e arma branca (OLIVEIRA, 2007).

A partir de estágios extracurriculares vivenciados no setor de urgência e emergência, pôde-se perceber a necessidade da assistência diferenciada e do cuidado direto ao paciente com TCE. Partindo desse pressuposto, observou-se que esse cuidado predominantemente é prestado pela enfermagem. Assim, diante dos elevados índices de vítimas acometidas por TCE, surgiu o interesse de identificar as atribuições de um grupo de enfermeiros frente a essa condição. Logo, surgiu o seguinte questionamento: será que os enfermeiros estão prestando uma assistência emergencial adequada aos clientes admitidos com TCE?

Desta maneira, o presente estudo objetivou analisar a assistência de enfermagem prestada por um grupo de enfermeiros aos pacientes vítimas de TCE, assim como descrever o perfil do TCE no município em estudo, as principais intervenções de enfermagem diante da vítima e identificar as dificuldades encontradas na prestação da assistência. Este, se torna de suma importância para todas as categorias de saúde, pois servirá como subsídio para reorientações de futuras pesquisas e estudos que enfoquem tal agravo, contribuindo dessa forma, no atendimento adequado a essas vítimas.

METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Foi realizado com enfermeiros plantonistas do setor de urgência e emergência de um Hospital paraibano.

A população presente na investigação se fez a partir de um grupo de 24 (vinte e quatro) enfermeiros plantonistas do

setor, o qual compreende área vermelha, amarela, verde e classificação de risco do complexo de urgência do referido Hospital. A amostra foi composta pelos enfermeiros do setor, que aceitaram participar da pesquisa, onde foram abordados os objetivos desta, iniciando a entrevista após o consentimento de cada profissional na participação da mesma conforme assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foram inclusos na pesquisa todos os profissionais que trabalham no setor de urgência e emergência do Hospital estudado e, sobretudo que estiveram disponíveis na hora da entrevista, enquanto que foram excluídos todos aqueles indivíduos que não são plantonistas do setor, os que se recusaram para colaboração com o questionário, utilizado como instrumento para coleta de dados, assim como aqueles que estiveram de licença, ou afastados por motivos superiores (APÊNDICE B).

Os dados foram coletados através de um questionário, previamente elaborado, com perguntas objetivas, quando no primeiro momento foram interpretados os dados sócio-demográficos da amostra e posteriormente os dados pertinentes ao estudo, onde os participantes puderam expor seus posicionamentos. A coleta de dados foi realizada no setor de urgência e emergência do Hospital, no período de Setembro e Outubro do ano corrente, onde as informações foram coletadas em horário conveniente para os profissionais participantes da pesquisa, respeitando sempre a privacidade destes, em intervalos de tempo necessário para a conclusão de suas respostas, ressaltando sempre a importância das informações obtidas. Os dados coletados foram analisados e discutidos a partir da literatura pertinente ao tema em questão. Ao término da coleta, os seguintes resultados foram analisados estatisticamente de forma analítica, de acordo com as suas variáveis e apresentados em forma de tabelas e gráficos, e discutidos, descritivamente a partir da leitura e da compreensão dos pesquisadores.

O estudo foi realizado obedecendo às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, que envolva o respeito aos caracteres individuais e coletivos dos participantes do estudo, de forma direta ou indireta em sua totalidade ou partes deles, incluindo o manejo de informações ou materiais, preconizados pela Resolução de nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, esclarecendo o direito dos participantes a se negar a continuar na pesquisa e ainda se comprometendo o sigilo total e absoluto das informações fornecidas (BRASIL, 1996). O trabalho indicou que o sujeito da pesquisa teria o acompanhamento e a assistência dos responsáveis pela mesma, com esclarecimento de qualquer dúvida, antes, durante e após a o término desta.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos da amostra.

Características Sócio Demográfica	Especificações	F	%
Gênero	Masculino	06	25
	Feminino	18	75

Faixa Etária	20-25 anos	04	16,66
	26-30 anos	09	37,5
	31-35 anos	06	25
	36-40 anos	04	16,66
	Mais de 40 anos	01	4,16
Titulação Profissional	Graduado	09	37,5
	Especialista	14	58,33
	Mestre	01	4,16
Tempo de Atuação no Serviço de Emergência	1 ano	08	33,33
	2 anos	07	29,16
	3 anos	01	4,16
	Mais de 3 anos	08	33,33
TOTAL		24	100

Em relação aos dados presentes na Tabela 1, que expressam os dados sócio-demográficos da amostra, observa-se que 25% (6) dos participantes do estudo representam o gênero masculino, enquanto que 75% (18) o gênero feminino, tendo comprovada a maioria dos profissionais de enfermagem no Brasil, que se configuram do gênero feminino.

De acordo com a faixa etária dos profissionais, observou-se que 16,66% (4) dos participantes do estudo estão na faixa etária entre 20 e 25 anos de idade, os profissionais com idade entre 26 e 30 anos representam 37,5% (9) dos entrevistados, 25% (6) se encontram com idade entre 31 e 35 anos, 16,66% (4) entre 36 e 40, e 4,16% (1) dos profissionais participantes do estudo afirma faixa etária superior a 40 anos.

No que diz respeito à titulação profissional, nota-se que 37,5% (9) dos participantes são graduados, 58,33% (14) da amostra, corresponde aos especialistas, enquanto que 4,16% (1) representam os mestres. Foram nulas as respostas daqueles com título de doutor.

Quanto ao tempo de atuação no serviço de emergência, observou-se que 33,33% (8) da amostra estão no serviço há 1 ano, 29,16% (7) 2 anos, enquanto que 4,16% (1) é apontado com 3 anos no serviço, e cerca de 33,33% (8) afirmam atuar no serviço de emergência há mais de três anos.

Tabela 2 - Dados relacionados às vítimas atendidas.

Características Sócio Demográfica	Especificações	F	%
Gênero	Masculino	24	100
Faixa Etária	19-28 anos	23	95,83
	29-38 anos	01	4,16
Causa do TCE	Acidente com motocicleta	20	83,33
	Acidente automobilístico	04	16,66
Classificação do TCE	Leve	01	4,16
	Moderado	21	87,5
	Grave	02	8,33
Fator Predisponente ao TCE	Uso de bebida alcoólica/drogas	23	95,83
	Imprudência no trânsito	01	4,16
TOTAL		24	100

Diante dos dados obtidos na pesquisa, relacionados ao

perfil das vítimas atendidas pelos enfermeiros participantes do estudo, observa-se na Tabela 2 que, 100% (24) dos enfermeiros da amostra afirmaram receber com TCE no seu ambiente de trabalho uma percentagem unânime de indivíduos do gênero masculino, sendo nulas as respostas para atendimento a mulheres.

O trauma segundo Pinto et al (2010), apresenta maior incidência entre pessoas jovens, principalmente do sexo masculino, gerando um alto índice de morbidade e mortalidade nesse grupo. Tal fato é atribuído a uma maior exposição dos indivíduos do sexo masculino a fatores de risco para TCE, como acidentes com veículos motorizados (motocicletas e carros) e a violência. De modo geral, o sexo masculino possui maior acesso aos automóveis e executa mais frequentemente atividades laborativas fora de suas residências, expondo-se mais a condições de risco (MORGADO; ROSSI, 2011).

Em relação à faixa etária, observa-se que 95,83% (23) dos entrevistados afirmam que os pacientes que se envolvem com TCE se encontram na faixa etária entre 19 e 28 anos de idade, enquanto que 4,16% (1) relata o envolvimento de indivíduos com idade variando entre 29 e 38 anos.

Os estudos são unânimes em apontar os homens com idade igual ou inferior a 40 anos como vítimas de trauma mais comumente encontradas, com destaque para a faixa etária compreendida entre 19 e 29 anos (CALIL *et al.*, 2009).

Conforme a variável referente às causas do TCE nota-se que os acidentes com motocicletas prevalece com cerca de 83,33% (20) na opinião da amostra, enquanto que 16,66% (4) relatam os acidentes com veículos ser a maior causa dos traumatismos que acometem as vítimas admitidas. Diante dos dados, foram nulas outras causas, tais como: queda de altura, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo e ainda agressão interpessoal.

Entre as causas de TCE, aproximadamente 50% correspondem aos acidentes de trânsito. Em segundo lugar, aparecem as quedas como importantes causas de traumatismo, as quais ocorrem principalmente entre as pessoas acima de 60 anos e de acordo com a literatura os homens representam 50% ou mais do número total das pessoas que sofrem algum tipo de acidente (PINTO *et al.*, 2010).

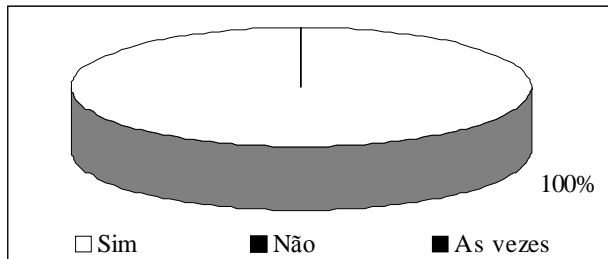
Observou-se através dos dados, que em relação à classificação do TCE presente nos indivíduos admitidos pelos participantes do estudo, que esse se apresenta como leve para 4,16% (1) dos profissionais participantes da pesquisa, moderado para 87,5% (21) da amostra, e grave para 8,33% (2) dos enfermeiros.

Conforme Naemt (2007) as lesões cerebrais moderadas e graves ocorrem em cerca de 100.000 vítimas de trauma anualmente. As taxas de mortalidade das lesões moderadas e graves são de 10 a 30%, respectivamente. Daqueles que sobrevivem a essas lesões, entre 50 e 99% apresentam algum grau de déficit neurológico permanente.

De acordo com a Tabela, observa-se que os dados relacionados ao fator predisponente ao TCE são o uso exagerado de álcool ou outras drogas, que apontam a opinião de 95,83% (23) da amostra estudada e 4,16% (1) afirma ser a imprudência no trânsito o fator predisponente mais comum para ocorrência do TCE nas vítimas atendidas.

De acordo com Barbosa *et al* (2010) é razoável afirmar que os problemas envolvendo o consumo de bebidas alcoólicas crescem à medida que as nações se desenvolvem. As evidências demonstram a tendência de piora da situação mundial quanto ao total de problemas decorrentes ao consumo de bebidas alcoólicas.

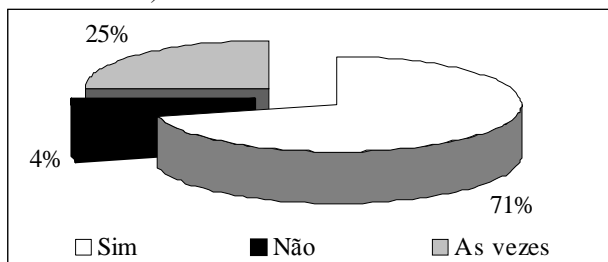
Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo a resposta referente à pergunta: Avalia o mecanismo do trauma no qual a vítima se envolveu?



Analisando os dados presentes no Gráfico 1, pode-se observar que 100% da amostra afirma fazer durante o atendimento prestado às vítimas de TCE, um levantamento e uma avaliação a respeito do mecanismo do trauma no qual a vítima se envolveu. É importante que na admissão do paciente se avalie o mecanismo de trauma, pois um tratamento bem-sucedido depende de uma boa avaliação e identificação das possíveis lesões resultantes da troca de energia.

Conforme Oliveira *et al* (2010), ao avaliar vítimas de trauma é importante obter dados sobre o mecanismo da lesão, ou seja, a biomecânica da lesão, por meio de observação da cena ou relatos das testemunhas. Posteriormente, ao encaminhar a vítima para o hospital de destino, estes dados devem ser passados para a equipe, pois estas informações serão essenciais para o diagnóstico e tratamento adequados da vítima.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo a resposta referente à pergunta: Realiza a avaliação primária (A B C D E) ao receber a vítima de TCE?

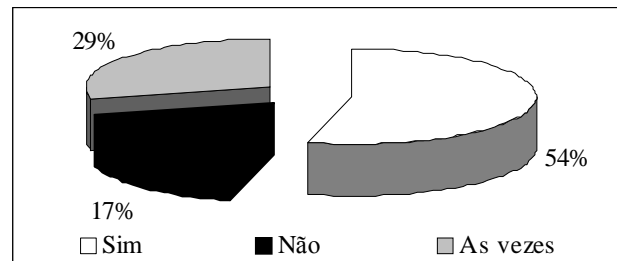


No que se refere à realização da avaliação primária na vítima de TCE atendida, o Gráfico 2 mostra que 71% da amostra afirma fazer a avaliação primária na vítima ao recebê-la, 25% relatam não fazer a avaliação inicial com frequência, enquanto que 4% não realiza tal procedimento ao receber a vítima. Assim, se faz necessário executar o protocolo de atendimento que irá direcionar as melhores condutas para estabilização da vítima, proporcionando ao indivíduo uma maior taxa de sobrevivência, assim como a redução de futuras sequelas.

A abordagem primária é realizada em duas fases. Inicialmente, uma fase de avaliação mais rápida que fornece uma

impressão geral do estado do paciente com finalidade de identificar rapidamente as condições gerais de respiração, circulação, neurologia e hemorragias evidentes como também deformidades. A segunda fase é a abordagem primária completa, que segue uma sequência fixa de passos, estabelecida cientificamente, cuja finalidade é manejar com as alterações encontradas (OLIVEIRA, 2007).

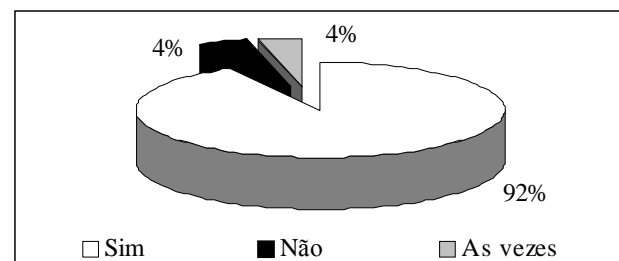
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a resposta referente à pergunta: Faz a avaliação pupilar e o escore de Glasgow do paciente?



Em relação ao Gráfico 3, que exige dos participantes da pesquisa a realização da avaliação pupilar e do escore através da escala de coma de Glasgow, pôde-se observar que 54% da amostra realizam a avaliação neurológica completa do paciente, enquanto que 29% relatam não fazer a avaliação frequentemente, e 17% afirmam não avaliar as pupilas, nem a escala de coma do paciente vitimado por TCE.

De acordo com Pinto *et al* (2010) a gravidade do trauma é medida clinicamente através da Escala de Coma de Glasgow (ECG). Segundo essa escala, são utilizados três critérios para a avaliação do nível de consciência dos pacientes vítimas de TCE: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. Com esses parâmetros, o traumatismo é classificado em leve (de 14 a 15 pontos), moderado (de 9 a 13 pontos) ou grave (de 3 a 8 pontos).

Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a resposta referente à pergunta: Conduz os exames complementares para fins diagnósticos?

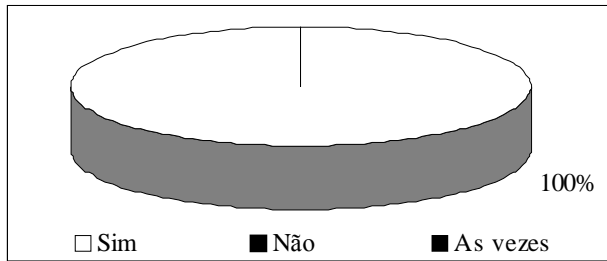


De acordo com o Gráfico 4, observa-se que 92% dos profissionais envolvidos no estudo ajudam a conduzir os exames complementares do paciente afim de se chegar a um diagnóstico preciso, já 4% dos enfermeiros afirmam não conduzir esses exames, e 4% relatam ajudar no diagnóstico complementar da vítima com pouca frequência, deixando esse, na responsabilidade de outros profissionais.

A radiografia do crânio é feita para se descartar ou se confirmar uma fratura de crânio. A tomografia computadorizada

ou a ressonância magnética detectam sangramento ou pequenas hemorragias no tecido encefálico, desvio do tecido ou edema no local da lesão (TIMBY; SMITH, 2005). Conforme Knobel (2006) a tomografia computadorizada permite a detecção precoce de sangramentos, a ressonância magnética da cabeça não é ainda utilizada como exame de emergência, pelo tempo necessário para sua realização, deixando assim a tomografia computadorizada de crânio como método de diagnóstico por imagem de primeira escolha no diagnóstico do TCE.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo a resposta referente à pergunta: *Colabora com o tratamento definitivo da vítima (elevando decúbito, fazendo aspiração, administrando medicação, controlando estado hemodinâmico, ou reavaliando a vítima)?*



Na colaboração com o tratamento definitivo prestado a vítima de TCE, representado pelo Gráfico 5, observa-se que 100% dos enfermeiros do estudo afirmam fazer a prática de enfermagem diante das necessidades do paciente atendido.

Smeltzer *et al* (2008) diz que a equipe de enfermagem assume a responsabilidade por avaliar e monitorar o paciente de TCE, assim como assegurar as vias aéreas e o acesso venoso, administrar as medicações prescritas, colher amostras laboratoriais e principalmente documentar as atividades e respostas do paciente.

Um paciente que sofreu traumatismo cranioencefálico sem aparentes lesões externas do crânio, mesmo que não apresente alterações ao exame neurológico, devem ter os seguintes parâmetros observados durante 24 e 48 horas: nível de consciência, alteração de comportamento, modificação de intensidade da cefaleia, alteração da fala, dificuldade para usar os braços ou pernas, vômitos persistentes e alterações nos diâmetros pupilares (PORTO; PORTO, 2007).

Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo a resposta referente à pergunta: *Quais dificuldades você encontra diante dessa assistência?*

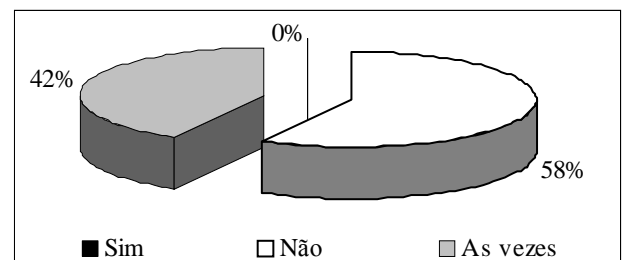


Diante dos resultados obtidos no Gráfico 6, que expõe algumas dificuldades evidenciadas pelos enfermeiros em prestar assistência a vítima de TCE, pôde-se observar que 96% da amostra relatou ser a maior dificuldade a falta de especialistas incumbidos a essa condição, enquanto que apenas 4% relatou ser a falta de equipamentos. Observou-se através dos dados que foram nulas as dificuldades relacionadas à colaboração da vítima para prestação dos cuidados, a dinâmica entre a equipe, assim como a motivação dos profissionais.

A falta de recursos diante da assistência prestada pela equipe de enfermagem associadas à falta de um médico especialista no setor de emergência evidencia uma grande preocupação, visto que nesse tipo de agravo o tratamento definitivo das vítimas com TCE depende de uma especialidade médica, ou seja, de um neurologista ou de um neurocirurgião.

No Brasil, o sistema de saúde se encontra na impossibilidade de atender a demanda existente, concentrando-se nas regiões centrais, propiciando toda intervenção médica com técnicas modernas, porém para apenas uma parcela da população. Há dificuldade quanto às questões culturais, divergindo quanto ao comportamento dado pelo baixo índice de escolaridade, inviabilização de recursos financeiros, dentre outros. Outro problema está na formação do profissional de saúde quanto à especialização inexistente de muitos atuantes na área de urgência (NARDOTO; DINIZ; CUNHA, 2011).

Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo a resposta referente à pergunta: *Todos os casos de TCE atendidos no seu local de trabalho são resolvidos com eficácia e em definitivo?*



De acordo com o Gráfico 7, que discute a resolução dos casos de TCE atendidos, observa-se que 58% dos enfermeiros afirmaram que os traumatismos de crânio atendidos no seu local de trabalho não são tratados em definitivo, enquanto que 42% relatou que a resolução dos casos não ocorrem com tanta frequência, apesar de as vezes serem resolvidos. Assim, por inúmeras vezes, se torna necessário transferir os pacientes para outros centros de referência, não garantindo assim a exclusão de lesões secundárias e óbitos.

À medida que se escolhe uma modalidade de transporte, primeiro, avaliam-se as condições clínicas do enfermo, suas necessidades de suporte avançado, com um tempo-resposta reduzido, bem como as características geográficas do local onde se encontra o mesmo. A partir disso serão analisados os riscos e benefícios desse tipo de traslado, com a finalidade de determinar o uso do serviço ou não, portanto associado ao fator transporte, ainda percebe-se a importância da atuação de equipes capacitadas para esse tipo de atendimento (NARDOTO; DINIZ;

CUNHA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma de crânio é considerado um importante contribuinte para os óbitos envolvendo vítimas de trauma, é a primeira causa de morte envolvendo jovens, e está presente em 50% dos politraumatismos. O presente estudo teve como finalidade analisar como um grupo de enfermeiros presta assistência ao paciente com TCE. Logo, constatamos a importância da assistência de enfermagem frente a essa vítima, executada através das técnicas, condutas e outras particularidades que o serviço emergencial oferece.

Foi possível perceber que a maioria das vítimas atendidas pelos enfermeiros participantes do estudo é do gênero masculino, se encontram na faixa etária entre 19 e 28 anos de idade, tiveram como mecanismo de trauma um acidente motociclístico, apresentaram TCE moderado e apresentaram como fator predisponente ao trauma o uso inadequado de bebidas alcoólicas e veículos automotores.

Observou-se que 100% dos enfermeiros afirmaram avaliar o mecanismo de trauma no qual a vítima se envolveu durante a admissão do paciente, assim como realizam em grande parte o

atendimento inicial a vítima de trauma, onde será verificado na admissão dos pacientes parâmetros respiratórios, circulatórios e neurológicos. Apenas 54% da amostra afirmou realizar durante o atendimento do paciente a avaliação pupilar e o escore de Glasgow da vítima, apesar da equipe relatar ajudar na condução dos exames complementares do paciente. Existem ainda muitas dificuldades em se prestar assistência à vítima de TCE, onde se pode apontar como a falta de equipamentos e de um médico especialista que possa tratar do paciente em definitivo, sem a necessidade de removê-lo para outros centros de referência.

Dessa forma, o TCE quando não mata o indivíduo, pode deixar sequelas graves e irreversíveis, deixando estes indivíduos dependentes de outras pessoas, para realizar as mais simples atividades, como higienizar-se, ou mesmo se alimentar. Finalizando, espera-se que o presente estudo sirva como subsídio para reorientação dos profissionais no sentido de repensar a forma de assistência prestada a essas vítimas, de forma mais acolhedora, técnica e humanizada. Torna-se necessário também, que as políticas de saúde, busquem melhorar suas ações, no que diz respeito ao repasse de informações e da prevenção daquele que vem a ser um grande mal para juventude moderna que relaciona veículos, a drogas e a imprudência: o traumatismo de cranioencefálico.

R E F E R Ê N C I A S

- ANDRADE, A. F. *et al.* Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo: v. 55, n. 1, 2009.
- AZEVEDO FILHO, F. M. *et al.* **Administração de medicamentos**: conhecimento dos enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Enfermagem Global*. n. 26, Abril 2012.
- BARBIERI, R. L. **SOS. Cuidados emergenciais**. Tradução de Renato L. Barbieri. São Paulo: Rideel, 2002.
- BARBOSA, I. L. *et al.* Fatores desencadeantes ao trauma cranioencefálico em um hospital de emergência municipal. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 240-253 abr./jun. 2010.
- BERGERON, J. D. *et al.* **Primeiros socorros**. 2. Ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2007.
- BORTOLOTTI, F. **Manual do socorrista**. Expansão Editorial. Porto Alegre: 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96**. Comitê de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.
- CALIL, A. M. *et al.* Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Janeiro-fevereiro: 17(1), 2009.
- CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O Enfermeiro e as situações de emergências**. São Paulo: Atheneu, 2007.
- CARVALHO, J. C. *et al.* Condutas no paciente com trauma cranioencefálico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. jan-fev: 9 (1): 74-82. São Paulo, 2011.
- CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente enfermo**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.
- COSTA, F. M. F.; COSTA, S. H. P. Assistência de enfermagem ao cliente portador de úlcera por pressão: abordando a importância do conhecimento e informação. **Revista Meio Ambiente e Saúde**. Brasília: v. 2, n. 1, 2007.
- GENTIL, R. C.; RAMOS, L. H.; WHITAKER, I. Y. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Março-abril: 16(2). 2008.
- GONÇALVES, V. C. S. **Atendimento ao paciente politraumatizado**. IN: CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. O enfermeiro e as situações de emergências. São Paulo: Atheneu. p. 319-331, 2007.
- GUSMÃO, S. N. S.; ULHOA, T. H.; CARDOSO. **Traumatismo cranioencefálico no adulto**. 2006. In: PIRES, M. T. B.; STARLING, S. V. Manual de urgências em pronto socorro. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- IRWIN, R. S.; RIPPE, J. M. **Manual de terapia intensiva**. [revisão técnica de Maria de Fátima Azevedo]. Tradução: Adriana Ito Azevedo *et al.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- KNOBEL, E. **Condutas ao paciente grave**. 3. Ed. São Paulo: Atheneu. 2006.
- LUCHESE, L. B.; MENDES, I. A. C. Questionário multidimensional para análise da imagem do enfermeiro. **Escola Paulista de Enfermagem**. 2010. 23(1): 16-22.
- MCQUILLAN. *et al.* 2002. IN: SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 2, 2008.

- MORGADO, F. L.; ROSSI, L. A. Correlação entre a escala de coma de Glasgow e os achados de imagem de tomografia computadorizada em pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico. **Radiologia Brasileira**. 2011, Jan/Fev: 44(1): 35-41.
- NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians (The Committee on Trauma of The American College of Surgeons). **PHTLS. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 6. Ed. Elsevier. p. 105-125, 2007.
- NARDOTO, E. M. L.; DINIZ, J. M. T.; CUNHA, C. E. G. Perfil da vítima atendida pelo Serviço Pré-hospitalar Aéreo de Pernambuco. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. 45(1): 237-42, 2011.
- OLIVEIRA, I. B. et al. Traumatismo cranioencefálico: considerações anatomofuncionais e clínicas. **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 3, n. 1, p. 99-106, jan./abr. 2010.
- OLIVEIRA, B. F. M. **Atendimento pré-hospitalar móvel**. IN: OLIVEIRA, B. F. M. et al. Trauma: atendimento pré-hospitalar. 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- OLIVEIRA, B. F. M.; PAROLIN, M. K. F.; TEIXEIRA, JR. **Trauma: atendimento pré-hospitalar**. 2. Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
- PINTO, H. F. et al. Avaliação somatotrópica tardia em pacientes adultos que sofreram traumatismo cranioencefálico grave. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 39, n. 4, 2010.
- PIRES, M. T. B.; STARLING, S. V. **Manual de urgências em pronto socorro**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Vademecum de clínica médica**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Traumatismo cranioencefálico de pacientes vítimas de acidentes de motocicletas. **Arquivo de Ciências da Saúde**. jan-mar: 17(1): 9-14, 2010.
- SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência para enfermagem: do atendimento pré-hospitalar à sala de emergência**. 5. Ed. rev. e amp. São Paulo: Iátria, 2008.
- SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: 2011, jan-fev: 64(1): 98-105.
- SILVA, A. B. F.; GASPAR, M. D. R.; PIRES, S. M. B. **Triagem em serviços de emergência**. In: SOUZA, U. H. S.; MOZACHI, N. O. hospital: manual do ambiente hospitalar. 3. Ed. Curitiba, 2009.
- SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 2, 2008.
- TIMBY, B. K.; SMITH, N. E. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8. Ed. São Paulo: Manole, 2005.
- WILLIAMS, L. **Enfermagem médico-cirúrgico**. 4. Ed. Tradução: Ivan Loureço Gomes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Data de recebimento para publicação: 16.04.2013. - Data de aprovação do trabalho: 27.05.2013.

temas em
saúde

Qualidade de Vida Entre Idosos que Participam das Atividades de Um Grupo de Convivência

Quality of Life Among Seniors Who Participative in The Activities of a Group of Living Together

Suênia Maria Formiga da Nóbrega¹

Kilmara Melo Oliveira Sousa²

Geane Gadelha de Oliveira³

Maria José Cavalcante de Andrade⁴

RESUMO: O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo, com caráter descritivo com abordagem quantiquantitativa. O local de estudo foi um grupo de convivência de idosos, localizada na cidade de Santa Luzia, Estado da Paraíba. Atualmente, as pessoas têm chegado à Terceira Idade cada vez mais fortes e saudáveis. O objetivo geral do presente trabalho foi descrever a contribuição do grupo de convivência da terceira idade na vida dos idosos que dele participam. A maioria dos participantes da presente foi de mulheres, com idades entre 60 e 65anos, divorciadas, não alfabetizadas e aposentadas, que tomaram conhecimento sobre existência do Grupo de Convivência dos Idosos, através de informações repassada por amigos. A presente pesquisa também revelou que a maioria dos entrevistados procurou Grupo de Convivência, por se sentir sozinhos. E, que após a participação, ocorreu significativas mudanças em suas vidas e que tais mudanças foram positivas. Constatou-se também que os idosos entrevistados gostam mais das atividades recreativas, dentre as realizadas no Grupo de Convivência. E que mais da metade dos participantes sente-se muito satisfeitos por participarem do referido grupo. Diante dos resultados obtidos pode-se perceber a importância da contribuição que pode advir dos Grupos de Convivência para a população idosa. Nestes espaços, os idosos têm o acompanhamento de diversos profissionais de saúde, principalmente, da área de enfermagem, que pode desenvolver um trabalho educativo, visando à prevenção e a orientação para vivenciar um processo de envelhecimento com uma melhor qualidade de vida.

UNITERMOS: Grupos de Convivência de Idosos. Participação. Qualidade de Vida.

ABSTRACT: This study treated a field survey with a descriptive approach with quantiquantitative. The study site was a group of elderly community, located in the city of Santa Luzia, Paraíba State. Nowadays, people have come to the Senior increasingly strong and healthy. The overall objective of this study was to describe the contribution of the living group seniors in the lives of seniors who participate. Most participants of this was women aged between 60 and 65 years, divorced, illiterate and retired, who learned about the existence of the Elderly Group Living through information passed along by friends. This survey also revealed that most respondents sought Living Group, by feel alone. And that after participation, significant changes occurred in their lives and that these changes were positive. It was also found that older respondents more like recreational activities, among those in the group Living. And more than half of the participants feel very pleased to participate in this group. Based on these results one can see the importance of the contribution that may come from Groups Living for the elderly population. In these spaces, the elderly have the accompaniment of various health professionals, mainly in the area of nursing that can develop an educational work aimed at preventing and guidance for experiencing an aging process with a better quality of life.

KEYWORDS: Groups of The Elderly. Participation. Quality of Life.

1. Discente do 9º período do curso de bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Endereço residencial: Av. José Américo, nº 570, Bairro São José, Santa Luzia-PB. Email: suenia.formigamaria@gmail.com.

2. Enfermeira especialista, docente do curso de bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

3. Enfermeira especialista, docente do curso de bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

4. Enfermeira mestre, docente do curso de bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo o ser humano não se preocupou com a sua qualidade de vida, ignorando o fato de que era necessário estabelecer parâmetros, que servissem de norteadores a uma vida melhor. As discussões em torno dessas questões somente tornaram-se mais presentes no final do século passado, graças à Organização Mundial de Saúde que passou a discutir em suas conferências o referido tema de forma ampla, ao ponto de conseguir mostrar a sociedade de que a qualidade de vida possui parâmetros que devem ser observados por todos os indivíduos, independentemente de sua vida.

Por outro lado, a sociedade atual vem passando por profundas transformações, desencadeadas, principalmente, pelo desenvolvimento tecnológico, que, de forma direta ou indireta, tem alterado o modo de viver do ser humano, oportunizando aos idosos, por exemplo, uma qualidade de vida melhor (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

É importante destacar que o processo de envelhecimento, definido como sendo um processo biológico universal, dinâmico e progressivo, que tem se colocado como um ‘fenômeno’ mundial (ALVES *et al.*, 2007).

Mercadante (2007) informa que o Brasil em 2025, será o sexto país em número de idosos (OMS, 2005). De forma considerável, no Brasil, a população idosa aumentou nestas últimas décadas. E essa realidade tem obrigado o Estado brasileiro a instituir novas políticas públicas, direcionadas a um melhor atendimento do idoso, pois os mesmos constituem um dos grupos que mais cresce na sociedade brasileira

O tratamento e a atenção direcionada ao idoso melhoraram na última década e vem se ampliando desde o início da vigência do Estatuto do Idoso. As Unidades Básicas de Saúde passaram a dar uma maior atenção à saúde do idoso, os números de centros de convivência foram ampliados, permitindo que um número cada vez mais de idosos fosse atendido.

Tais centros, também chamados centros de vivência, grupos de idosos, grupos da terceira idade, são espaços destinados à visitação de idosos e de seus familiares. Neles são desenvolvidas, planejadas e sistematizadas ações de atenção ao idoso. Dissertando sobre a importância da participação dos idosos nos centros de convivência, Bulsing *et al.*, (2007, p. 15) destaca que “por meio dos grupos de convivência o idoso tem a possibilidade de construir novos laços de relação e novas formas de compartilhar o aprendizado com outros indivíduos”.

Nesse sentido, percebe-se que os Grupos de Convivência para Idoso constituem-se em espaços de socialização, proporcionando um melhor envelhecimento social. Eles são lugares que fazem com que os idosos saiam do espaço doméstico para a diversão, para conquistarem novas amizades. Nesses espaços, o profissional do serviço social também se encontra presente, dando a sua contribuição no processo de construção de uma melhor qualidade de vida para o idoso.

O interesse pelo referido tema surgiu após uma visita realizada ao Grupo de Convivência de Idosos na cidade de Santa Luzia-PB, a qual teve por objetivo conhecer o trabalho da referida instituição e como nela atua o profissional de enfermagem, se o mesmo contribuir ou não para a melhoria da qualidade de vida

da clientela assistida. A impressão resultante dessa visita mostrou o quanto valiosa pode ser a assistência de enfermagem nesses espaços e por isso escolheu-se o presente tema.

Diante desta perspectiva, o presente trabalho buscará respostas ao seguinte questionamentos/problemas: Qual a contribuição dos Grupos de Idosos na melhoria da qualidade de vida (QV) desses indivíduos? Como se sentem os idosos que participam de um Grupo de Convivência? Desta maneira o presente estudo tem o objetivo de descrever a contribuição do grupo de convivência da terceira idade na vida dos idosos que dele participam.

METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo, com caráter descritivo com abordagem quantitativa. O local de estudo foi um grupo de convivência de idosos, localizada na cidade de Santa Luzia-PB.

A população deste estudo foi composta por 100 idosos, com idades a partir dos 60 anos, que frequentam o referido grupo de convivência. A amostra foi constituída por 25 idosos, que estavam presentes no dia da coleta e que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos; frequentar o grupo de convivência há no mínimo três meses e ter aceitado responder ao questionário proposto sendo excluídos os idosos incapazes de responderem às perguntas.

A coleta dos dados ocorreu por meio de um roteiro de entrevista composto por questões objetivas e subjetivas de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa. A entrevista foi feita em um ambiente livre de ruídos e durou cerca de 20 minutos com cada entrevistado. Os dados foram coletados no Grupo de Convivência de Idosos, durante o mês de setembro/2012, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos.

Os dados foram analisados através de gráficos e tabelas para subsidiar a discussão dos resultados, com respaldo na literatura pertinente ao tema em questão.

Inicialmente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa das FIP para avaliação do ponto de vista ético. Após a aprovação foi iniciada a coleta de dados do mencionado estudo, sendo respeitando os princípios éticos, que envolve a pesquisa com seres humanos, preconizados pela Resolução nº 196/96, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006), esclarecendo o direito dos colaboradores de desistir a qualquer momento sem sofrer dano algum e a certeza de que sofrerão riscos mínimos, além da garantia de que terão suas identidades mantidas em sigilo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos, segundo as variáveis do estudo.

Variáveis	Especificações	P	%
Sexo	Masculino	08	32
	Feminino	17	68

Faixa Etária	Entre 60 a 65 anos	12	48
	Entre 66 a 70 anos	04	16
	Entre 71 a 75 anos	05	20
	Entre 76 a 80 anos	03	12
	Acima de 80 anos	01	04
Estado Civil	Solteiro (a)	05	20
	Casado (a)	07	28
	Divorciado (a)	07	28
	Viúvo (a)	06	24
Escolaridade	Não alfabetizado	08	32
	E. F. Incompleto	08	32
	E. F. Completo	04	16
	E. M. Incompleto	01	04
	E. M. Completo	04	16
Renda Familiar Mensal	1 salário mínimo	14	56
	Entre 1 e 2 salários mínimos	11	44
Ocupação	Agricultor	01	04
	Aposentado	20	80
	Costureira	01	04
	Desempregado	03	12
TOTAL		25	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2012.

Analisando a Tabela 1, constatou-se que 68% da amostra foi constituída por mulheres e que os participantes do sexo masculino representaram 32%.

Afirmam Hott e Pires (2011) que a expectativa de vida das mulheres excede a dos homens e este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres idosas em relação aos homens nos Grupos de Convivência. Pois, como elas vivem mais do que os homens, aumenta a probabilidade de quando idosas viverem sozinhas e, desta forma, procurarem se relacionar com outras mulheres em situações semelhantes.

A maioria dos sujeitos participantes encontrava-se na faixa etária dos 60 aos 65anos (48%), sendo que 20% tinham idades entre 71 e 75 anos; 16% declararam ter idades entre 66 e 70 anos, enquanto que 12% estavam na faixa etária de 76 a 80 anos. Apenas uma parcela (4%) declarou ter idade acima de 80 anos.

Borges *et al.* (2010) afirmam que a presença maior de idosos entre 60 e 69 anos nos Grupos de Convivência está associado a sua autonomia e menor participação no mercado de trabalho, com tempo livre para atividades lúdicas, ou a uma fuga do estereótipo de idoso, enquanto que baixa participação de idosos com mais de 80 anos pode decorrer em função do maior grau de comorbidades com o aumento da idade e a dependência. No caso específico dos idosos com mais de 80 anos, estes, geralmente, dependem de outras pessoas para levá-los até o Grupo de Convivência, situação que representa um fator limitante. Os dados coletados demonstram que dos participantes, 28% eram casados; 20% declararam ser solteiros; outros 28% informaram serem divorciados e os demais (24%), eram viúvos. Quanto à escolaridade 32% dos participantes desta pesquisa não eram alfabetizados.

A baixa escolaridade observada entre os idosos está em consonância com as observações de Pavarini *et al.*, (2008),

quando afirmam que a maioria dos idosos que participam dos Centros de Convivência, não chegaram a concluírem o ensino fundamental ou apresentam pouca ou nenhum grau de escolaridade, acrescentando que esse fato é considerado comum nos países em desenvolvimento como o Brasil.

O grau de instrução é fator que incide diretamente na compreensão das orientações quanto a necessidade de se manter um boa qualidade de vida, mesmo durante o processo de envelhecimento. Pois, quanto mais baixo a escolaridade, mais difícil torna-se a compreensão sobre a importância dos cuidados que se deve ter com a saúde.

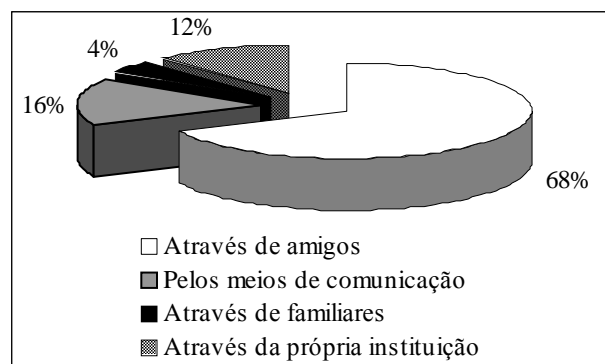
Quanto à renda familiar mensal verificou-se que 56% dos entrevistados possuíam uma renda família de apenas um salário mínimo, percebendo-se que a amostra, em sua totalidade era formada por pessoas de baixo poder aquisitivo. Esta característica é também apresentada por grande parte da população que procuram participar das ações desenvolvidas pelos Grupos de Convivência do Idoso ou entidades semelhantes, em busca de obter uma melhor qualidade de vida.

Um estudo promovido por Camargos *et al.*, (2007) revelou que a maioria dos idosos que participam das atividades dos centros de convivência possui renda de apenas um salário mínimo e que mesmo assim, ainda fornecem assistência financeira às suas famílias.

No que diz respeito à ocupação, 80% dos entrevistados são aposentados; 12% encontravam-se desempregados, 4% eram agricultores e outros 4% informaram que tem como ocupação a profissão de costureira.

Afirmam Hott e Pires (2011), que o conhecimento das características dos idosos pode contribuir para a definição de outras ações visando a participação de mais idosos no projeto, uma vez que ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso, as particularidades e os desafios do envelhecimento.

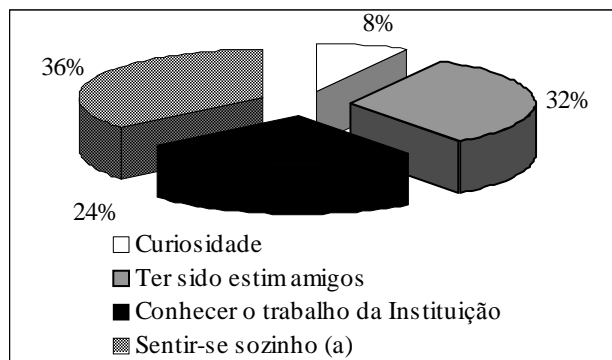
Gráfico 1 - Distribuição da amostra quanto à forma que tomou conhecimento sobre a existência do Grupo de Convivência.



Com base nos dados apresentados no Gráfico 1, percebe-se que a maioria dos participantes desta pesquisa (68%) tomou conhecimento da existência do Grupo de Convivência dos Idosos, através de informações repassada por amigos; 16% declararam que foram informados através dos meios de comunicações; 4% foram levados a participar destes grupos por seus próprios familiares e 12% tomaram conhecimento da existência do referido grupo, através da própria instituição.

É de fundamental importância que toda e qualquer ação visando à melhoria da qualidade de vida da população idosa sejam amplamente divulgada, em todos os segmentos sociais, para que seja realmente de conhecimento público. O sucesso de uma iniciativa nessa área depende da participação maciça de sua clientela alvo.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra quanto aos motivos que fizeram a procurar o Grupo de Convivência.

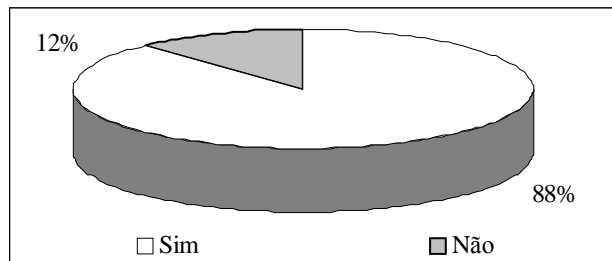


Com base nos dados apresentados no Gráfico 2, a maioria dos entrevistados (36%) procuraram o Grupo de Convivência, por se sentir sozinhos; 32% declararam que foram estimulados por amigos; 24% por conhecerem o trabalho da instituição e 8% por pura curiosidade.

Leite; Cappellari; Sonogo; (2002) informam que dentre os motivos apontados pelos idosos, para frequentar os grupos de convivência da terceira idade, encontra-se a melhoria da qualidade de vida, nos aspectos referentes à saúde física e mental. Bulsing *et al.*, (2007) afirmam que a inserção nos grupos de terceira idade, além de redimensionar a identidade, causa satisfação pessoal, face o aumento dos relacionamentos, o reconhecimento do outro perante o grupo, etc.

Assim sendo, como a maioria dos participantes desta pesquisa buscou o Grupo de Convivência por se sentir sozinho, ele certamente encontrou pessoas que fizeram a diferença e deram-lhe o acolhimento necessário para que sentissem parte da equipe.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra quanto ao fato de ter ocorrido mudanças em sua vida após o ingresso no Grupo de Convivência.



Os dados apresentados no Quadro 3 demonstram que segundo 88% dos idosos entrevistados, ocorreram mudanças em suas vidas, após o ingresso no Grupo de Convivência. No entanto, 12% informaram que não ocorreu nenhuma mudança.

Para muitos idosos, a velhice é sinônimo de solidão. E, a

participação num Grupo de Convivência é algo que pode mudar por completo a sua vida.

Na opinião de Rauber (2003), a participação num grupo de convivência pode proporcionar ao idoso:

- a) novas amizades;
- b) novas motivações;
- c) melhorias em seu aspecto social e familiar;
- d) recuperação da autoestima, fazendo-se sentir útil.

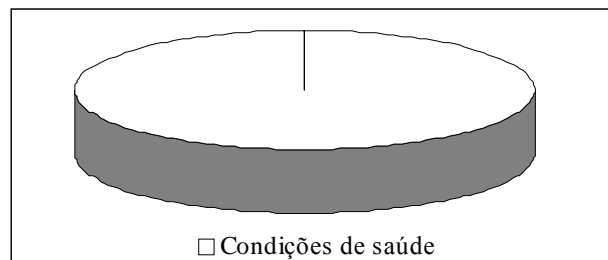
Ao participar de um Grupo de Convivência, o idoso adquire conhecimentos, conseguem se expressarem melhor, melhorando a autoestima e reconquistando um lugar em sua comunidade.

Gomes e Ferreira (2006) afirmam que um convívio social positivo, próximo e estável é o principal determinante de um alto nível de qualidade de vida e que nos Grupos de Convivência, o idoso preenche certos vazios de sua vida ao ponto de deixar estar sempre na instituição.

Deve-se registrar que um dos aspectos fundamentais para a percepção da felicidade, (que constitui um dos indicadores subjetivos de qualidade de vida), é o convívio social. Assim, quando o idoso se integra num grupo de convivência e nele se sinta amado, respeitado e útil, passa a viver melhor.

Desta forma, para os idosos, os Grupos de Convivência constituem-se em espaços de socialização, proporcionando um melhor envelhecimento social. Eles são lugares que fazem os idosos saírem do espaço doméstico para a diversão, para conquistarem novas amizades, para praticarem atividades físicas e desfrutarem de lazer oferecido.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra quanto ao fator que mais dificulta a sua participação no Grupo de Convivência.

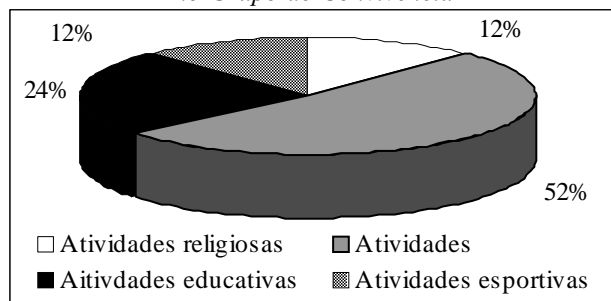


Os dados apresentados no Gráfico 3 demonstram que todos os participantes registraram mudanças em suas vidas após ingressarem no Grupo de Convivência do Idoso e que tais mudanças foram positivas.

Tais dados encontram-se em consonância que um estudo realizado por Freitas (2007) que demonstrou ser os problemas de saúde o principal fator, que dificulta a participação dos idosos nos Grupos de Convivências.

Quando se analisa a participação e a permanência de um idoso num grupo de convivência, deve-se levar em consideração vários fatores, principalmente, o seu estado de saúde e o seu grau de satisfação em relação às atividades desenvolvidas por esse grupo.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra quanto à atividade que mais gosta, dentre as desenvolvidas no Grupo de Convivência



Analisando os dados apresentados no Gráfico 5 pode-se constatar que os idosos entrevistados gostam mais das atividades recreativas, dentre as realizadas no Grupo de Convivência (52%). No entanto, 24% afirmaram que gostam mais das atividades educativas e os demais, em duas parcelas de 12%, respectivamente, gostam das atividades religiosas e das atividades esportivas.

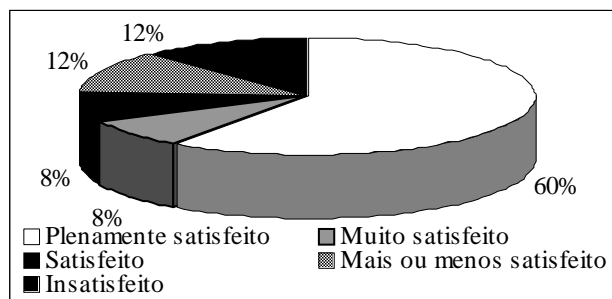
Lima-Costa e Veras (2007) destacam que os grupos de convivência possuem a finalidade de manter os idosos ativos e envolvidos em atividades, que poderão ir ao encontro de suas necessidades.

Assim, além de procurar aumentar o bem-estar de seus participantes, tais grupos também possuem a missão de proporcionar à sua clientela uma vida mais significativa e prazerosa. Para tanto, eles devem oferecer não somente lazer aos idosos, mas também atividades educativas e religiosas. A prática da atividade física também deve ser privilegiada nesses espaços, face os benefícios que pode proporcionar à saúde. Quando se fala em lazer, pode-se associar ao referido termo às atividades de natureza recreativa, ocupacional, que envolvem as atividades física, mental e intelectual.

Considerado um dispositivo de sociabilidade para além do âmbito familiar, o lazer é também importante na vida do idoso que participa de Grupo de Convivência. Pois, muitos passaram pela vida e nunca tiveram a oportunidade de se divertirem. É através do lazer que o idoso mantém o seu equilíbrio biopsicossocial.

Nos Grupos de Convivência, as atividades de lazer estabelecem um convívio mais próximo entre os idosos, solidificando a amizade, exercitando o corpo, reduzindo assim o risco de várias situações crônicas, a exemplo da doença coronária e da hipertensão.

Gráfico 6 - Distribuição da amostra quanto ao fato de como se sentem em relação à sua participação no Grupo de Convivência.



Os dados apresentados no Gráfico 6 demonstram que mais da metade dos idosos entrevistados (60%) sentem-se muito satisfeitos por participarem do Grupo de Convivência; 8% declararam estarem satisfeitos; 12% disseram que sentem mais ou menos satisfeitos, outros 8% muito satisfeitos e os demais (12%) encontram-se insatisfeitos.

Para o idoso, segundo Neri (2008), a satisfação depende da capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo, tarefa que não é fácil face própria condição do idoso, visto trata-se de uma pessoa que está mais exposta aos riscos e às crises de natureza biológica, psicológica e social.

Por outro lado, Bulsing *et al.*, (2007) informam que o Grupo de Convivência assume uma grande importância na vida do idoso no sentido da aceitação das transformações inevitáveis nesta fase da vida, principalmente, quanto a necessidade de adaptação às limitações antes inexistentes.

Num Grupo de Convivência a satisfação vem do calor humano proporcionado pela convivência, pelos momentos de lazer, pela construção dos novos laços de amizade, pelo aprendizado compartilhado com outros indivíduos.

Oliveira e Cabral (2007) destacam que os idosos que procuram participar dos grupos de convivência não têm outro meio de diversão, não tem outro motivo para sair de casa. E, tais grupos são oportunidades de encontro com outras pessoas e manutenção do contato com o mundo que fica além dos limites da própria casa.

Desta forma, é nos grupos de convivência proporcionam que os idosos conseguem uma maior participação social e se tornam pessoas ativas e relacionais. Nessa participação, os idosos constroem novas amizades, novos relacionamentos e estabelecem aproximações que permitem a troca de experiências e de ideias. Essa convivência harmoniosa auxiliar na superação de vários problemas vivenciados por muitos idosos.

CONCLUSÃO

Os Grupos de Convivência de Idoso são considerados verdadeiros espaços de socialização, onde os idosos compartilham experiências, conseguem quebrar as amarras do isolamento e adquirem uma melhor qualidade de vida. Nestes espaços, o idoso, geralmente, encontra aquilo que não possui em seu lar: pessoas da mesma idade e com quem possa conversar e diverti-se.

Em tais espaços são realizadas várias ações, tanto de natureza educativas, física, culturais e sociais, de forma que neles é possível oportunizar aos idosos momentos de lazer. A grande verdade é que muitos idosos somente conseguem realizar velhos sonhos quando passam a participarem dos Grupos de Convivência, o que é promovido através de excussões, passeios e participação em eventos voltados especialmente para a chamada Terceira ou Melhor Idade.

Através da presente pesquisa pode-se perceber que a convivência estabelecida entre os participantes do Grupo de Convivência de Idoso, da cidade de Santa Luzia-PB, é algo que vem trazendo resultados positivos e que pode ser utilizada como uma estratégia por parte dos profissionais de saúde para melhorar o bem estar físico e psicológico desses idosos.

Outra significativa contribuição desta pesquisa foi o enriquecimento do conhecimento acadêmico. Conseguiu-se ter uma visão real sobre como os idosos interagem e sobre o que pode ser utilizado entre eles como fator de motivação. E isto permitiu uma melhor reflexão sobre a qualidade no envelhecimento e sobre como deve a práxis da enfermagem frente a essa clientela especial. Diante dos resultados obtidos pode-se perceber a importância da contribuição que pode advir dos Grupos de Convivência para a população idosa e isto revela a necessidade de maiores investimentos neste segmento, para que os Grupos de Convivência existentes possam melhor promover a interação entre os idosos, através de um trabalho contínuo.

Percebeu-se que nestes espaços as atividades

desenvolvidas devem ser elaboradas levando em consideração a disponibilidade e o interesse da população idosa envolvida, respeitando os limites pessoais de cada um e ao mesmo tempo contribuindo para a diminuição da sintomatologia depressiva, frequentemente presente entre os idosos.

Deve-se destacar que os Grupos de Convivência para os idosos constituem-se num importante veículo de promoção para que as ações de saúde atinjam um número significativo de idosos. Pois, nestes espaços, os idosos têm o acompanhamento de diversos profissionais de saúde, principalmente, da área de enfermagem, que pode desenvolver um trabalho educativo visando à prevenção e a orientação para vivenciar um processo de envelhecimento com uma melhor qualidade de vida.

R E F E R Ê N C I A S

- ALVES, L. C. [et al.]. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago, 2007.
- BULSING, F. L. [et al.]. A influência dos grupos de convivência sobre a auto-estima das mulheres idosas do município de Santa Cruz do Sul - RS. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 11-17, jan./jun. 2007.
- BORGES, P. L. C. [et al.]. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, dez./2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**- Comissão ética em Pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- CAMARGOS, M. C. S. [et al.]. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos, 2000. **Rev. Bras. Est. Pop.**, v. 24, n. 1, p. 37-51, jan./jun., 2007
- FREITAS, C. M. S. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 9, n. 1, p. 92-100, 2007.
- GOMES, F. A. A.; FERREIRA, P. C. A. **Manual de geriatria e gerontologia**. 13. ed. Rio de Janeiro, Brasileira de Medicina, 2006.
- HOTT, A. M.; PIRES, V. A. T. N. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. **Revista Enfermagem Integrada - Unileste-MG**, v. 4, n. 1, jul./ago. 2011.
- LEITE, M. T.; CAPPELLARI, V. T.; SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, n.1, 2002. Disponível in: www.fen.ufg.br/v9/n12001. Acesso: 10 ago 2012.
- LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. P. Saúde pública e envelhecimento. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2007.
- MERCADANTE, E. F. Algumas reflexões sobre o lugar social da velhice e do velho. In: SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007, p. 16-18.
- NERI, A. L. As necessidades afetivas dos idosos. In: SANTOS, A. A. A [et al.]. **Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2008.
- OLIVEIRA, M. G.; CABRAL, B. E. **O lazer nos grupos de convivência para idosos: prática renovada de sociabilidade**. VII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IV Encontro Americano de Pós-Graduação, 3, 25-29 abr. 2007. In: **Anais**. Universidade do Vale do Paraíba, 2007, p. 1632-1638.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- PAVARINI, S. C. L. et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n.1, p.39-50, 2008. Disponível in: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7680/5454>. Acesso: 20 set 2012.
- RAUBER, M. **Grupo social na 3ª idade: perfil e motivos que levam idosos a participar do Grupo Reviver de Barros Cassal - RS**. Santa Cruz do Sul: Unisc, 2003.
- SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out-dez., 2008.

Data de recebimento para publicação: 07.05.2013. - Data de aprovação do trabalho: 11.06.2013.

Dificuldades de Um Grupo de Mães em Cuidar de Crianças com Síndrome de Down

Difficulties in Group A Mothers Caring for Children with Down Syndrome

Kalyanne Brilhante Monteiro Melo¹

Raquel Campos de Medeiros²

Rosa Martha Ventura Nunes³

Maria Mirtes da Nóbrega⁴

RESUMO: A síndrome de Down é anormalidade mais comum de um síndrome generalizada, ocorrendo 1 entre 800 a 1000 nascidos vivos, anteriormente conhecida como mongolismo. A causa é desconhecida, mas evidências de estudos citogenéticos e epidemiológicos apoia o conceito de causalidade múltipla.

Aproximadamente 95 % de todos os casos de síndrome de Down são atribuíveis a um cromossomo 21 adicional, daí o nome Trissomia do 21. Ela foi descrita clinicamente pela primeira vez por Longdon Down em 1866, mais permaneceu muito tempo em profundo mistério. Os objetivos propostos é investigar quais as dificuldades das mães em cuidar de crianças com síndrome de down. Trata-se de estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativo, a população foi de 60 mães e a amostra foi de 30 mães. A análise dos dados foi 40% tem idade entre 20 a 30 anos, 55% são casadas, 65% eram são do lar, 40% 21 a 26 anos. 70% das mães sentem preconceito, 55% falta de informação, 100% sentem preconceito na sociedade, 70% participam de atividades recreativas, 40% realizam atividade física. Portanto o presente estudo foi de grande importância uma vez que através dele foi possível identificar a importância de cuidar das crianças portadoras da síndrome de down sem preconceitos, assim como sem a discriminação. Concluimos que o cuidar com amor e informar sobre as formas de oferecer uma assistência a elas, é de suma importância.

UNITERMOS: Cuidar. Dificuldades. Síndrome de Down.

ABSTRACT: Down syndrome is the most common abnormality of a generalized syndrome, occurring 1 in 800-1000 births, formerly known as mongolism. The cause is unknown, but evidence of cytogenetic and epidemiological studies supports the concept of multiple causation. Approximately 95% of all cases of Down syndrome are attributable to an extra chromosome 21, hence the name Trisomy 21. She was clinically described first by Longdon Down in 1866, most remained too long in deep mystery. The proposed objectives is to investigate the difficulties of mothers caring for children with down syndrome. This study and an exploratory descriptive approach quantitativo, the population was 60 mothers and the sample of 30 mothers. The data analysis was 40% are aged 20 to 30 years, 55% are married, 65% were are home, 40% 21 to 26 years. 70% of mothers feel prejudice, lack of information 55%, 100% feel prejudice in society, 70% participate in recreational activities, 40% performed physical activity. Therefore the present study was of great importance since through it was possible to identify the importance of taking care of children suffering from down syndrome unprejudiced, and without discrimination. We conclude that the care with love and inform about ways to provide assistance to them, is paramount.

KEYWORDS: Caring. Difficulties. Down Syndrome.

1. Discente do Curso de Enfermagem das FIP.

2. Enfermeira. e Professora Mestre das Faculdade Integradas de Patos - FIP.

3. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde na UNICSUL e coordenadora da clínica escola das Faculdade Integradas de Patos-FIP.

4. Enfermeira. e Professora Mestre das Faculdade Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Down consiste em alteração cromossômica, que pode está presente em todas as raças e independente da classe social. A síndrome pode estar relacionada com a idade materna.

De acordo com Adiron, (2011), afirma que a síndrome de Down é anormalidade mais comum de um síndrome generalizada, ocorrendo 1 entre 800 a 1000 nascidos vivos, anteriormente conhecida como monglismo. A causa é desconhecida, mas evidências de estudos citogenéticos e epidemiológicos apóiam o conceito de causalidade múltipla. Aproximadamente 95 % de todos os casos de síndrome de Down são atribuíveis a um cromossomo 21 adicional, daí o nome Trissomia do 21. Ela foi descrita clinicamente pela primeira vez por Longdon Down em 1866, mais permaneceu muito tempo em profundo mistério.

O desejo de ter um filho origina-se em motivações de ordem biológicas instintiva e sofre influência de aspectos psicólogos, culturais e sociais. Na gravidez, no momento de crise vital, a mulher idealiza seu filho um ser perfeito. Porém, se durante esse período, no diagnóstico pré-natal ou logo após o nascimento, for detectado que o feto ou recém-nascido é portador de alguma malformação congênita, é natural que a mãe sofra um choque emocional inesperado, pois suas idealizações serão completamente diferentes a respeito do filho (RICCI, 2008).

Durante os estágios de saúde mental na Instituição APAE, pude observar as crianças com síndrome de Down, onde as mesmas eram deixadas lá muitas vezes pelos pais que tinham que trabalhar e não disponibilizavam de tempo suficiente para cuidar delas.

Então partindo deste argumento, levantei o seguinte questionamento: Quais as principais dificuldades das mães em cuidar dos filhos com Síndrome de Down?

O presente estudo será de suma importância, pois servirá de foco de informação na tentativa de aprofundar e ampliar, cada vez mais este assunto levando sempre em consideração o binômio mãe e filho, assim como na melhoria da assistência de enfermagem para as mães que tiveram ou que tem algum tipo de dificuldade para prestar cuidados aos seus filhos e também servira de subsídios para outros estudos que desejem pesquisar na mesma temática.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi do tipo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativo, onde o mesmo foi realizado na Associação de Educação Especial Mãos Dadas (AEEMD), no município de São Bento-PB. A população do estudo foi de 20 mães de crianças com síndrome de down, já amostra foi constituída de 100% totalizando 20 mães que obedeceram aos seguintes critérios: O estudo foi submetido a aprovação do Comitê de Ética da FIP, tendo como protocolo 183/2012. O estudo foi norteado através da Resolução nº 196/96, onde a mesma assegura pesquisas envolvendo seres humanos, com total

segurança e privacidade das informações colhidas no decorrer da pesquisa (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCURSÕES

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA AMOSTRA

De acordo com a Tabela, demonstra que a variável idade encontra-se 40% (08) 20 a 30 anos, 30% (6) 31 a 41 anos, 20% (4) 42 a 52 anos, 5% (1) 53 a 63 anos, 5% (1) viúva.

A maioria da amostra é considerada como sendo adulto jovens, pois estão com idades entre 20 a 30 anos. Então esta idade representa imaturidade em relação de serem mães de crianças portadoras da síndrome de Down.

A Tabela 1 demonstra que 55% (11) são casadas, 20% (04) solteiras, 20% (04) união estável e apenas 5% (1) são viúvas. É muito importante o estado civil das mulheres no que se refere o companheirismo representado pelo marido, sendo um ponto de apoio para enfrentar os problemas que podem vir a ter.

A dedicação e apoio do companheiro, não deixando à sobre carga imposta exclusivamente a mãe, uma vez que se trata de um filho com Síndrome de Down, indiscutivelmente requer mais atenção, cuidados, e disponibilidade de tempo que uma criança não especial, ou seja, é também indispensável que a divisão de tarefas não se resuma entre os pais, mas sim com os demais familiares proporcionando melhor relacionamento entre eles (PAZIN; MARTINS, 2007).

Quanto à ocupação das entrevistadas, demonstra que 65% (13) são do lar, 15% (03) funcionaria publica, 10% (02) estudante, e 10% (2) aposentada.

A ocupação das mães é muito importante, pois elas estando mais ligadas a tarefas dentro do lar, facilita os cuidados que devem ter com relação a crianças com as necessidades. Então é de grande importância que as mães fiquem bastante presentes.

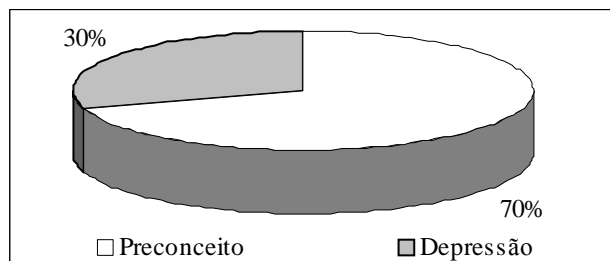
Segundo Donato (1998), os dados da amostra condizem com a realidade, que à necessidade das crianças portadores de Síndrome de Down requer cuidados especiais com a saúde, exigindo de seus responsáveis uma dedicação quase que exclusiva facilitando a vida ambos.

No que se refere à idade que engravidou 40% (08) foi com idade entre 21 a 26 anos, 30% (6) entre 15 a 20 anos, 15% (3) entre 27 a 32 anos, 10% (2) 33 a 38 anos, 5% (1) 39 a 44 anos.

O fator da idade com que engravidou é relevante, no que se refere que quanto mais avançada à idade materna maior a probabilidade de se ter crianças com a Síndrome de Down, então quanto maior idade materna representa um fator de risco.

A mãe que ainda não atingiu a maturidade de seu aparelho reprodutivo, existe uma expressiva chance de que o feto seja afetado, da mesma forma quando a mãe já superou a faixa etária ideal para gestação prevalece o mesmo tipo de risco (GUSMÃO; TAVARES; MOREIRA, 2003).

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra sobre a reação ao saber que seu filho tinha nascido com a Síndrome Dawn.



Fonte: Dados do pesquisador.

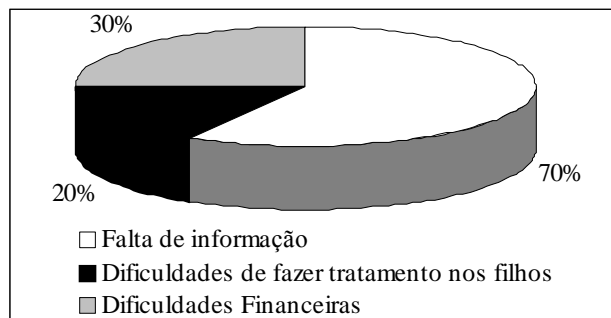
De acordo com o Gráfico 1, demonstra que 70% (14) afirma ter sentido preconceito e 30% (06) diz que a reação foi depressão.

Este dado é alarmante, porque atualmente ainda existe a reação tanto de preconceito com relação a criança de Síndrome de Dawn, mesmo existindo campanhas que desvincule apelidos pejorativos, sendo na verdade crianças que requerem um acompanhamento especial por ser portadoras de necessidades especiais.

O preconceito e da discriminação, multiplicam-se instrumentos para a integração dessa parcela da população, o que possibilita o surgimento de surpresas positivas que cada nova geração de pessoas com Down traz, a maioria das vezes, o preconceito contra quem tem Síndrome de Down começa em casa. A assistente social revela que há pais que, principalmente das classes mais abastadas, escondem seus filhos portadores de necessidades especiais com medo dos comentários do meio social. “São como animais criados em cativeiros”, repudia (MATOS, *et al.*, 2006).

A especialista explica que essa rejeição familiar causa traumas ainda maiores e prejudica o desenvolvimento dos portadores. Segundo ela, na maioria das vezes a família aceita a situação porque se trata de um filho. “A aceitação é muito difícil porque todos querem ter filhos perfeitos” (COSTA, 2010).

Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra sobre as dificuldades enfrentadas ao cuidar do seu filho com Síndrome de Dawn.



Fonte: Dados do pesquisador

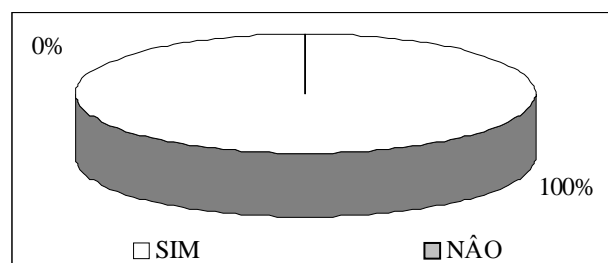
Segundo o Gráfico 2, nos mostra que 50% (11) afirma que falta de informação sobre a patologia, 20% (03) afirma que foi dificuldades de fazer o tratamento nos filhos, 30% (06)

disseram que foi dificuldades financeiras.

Os dados do presente estudo demonstra que a amostra ainda tem poucas informações sobre a patologia, o dificuldade sobre a adesão e a eliminação do preconceito da doença com as crianças portadoras.

O nascimento de uma criança portadora da Síndrome de Down apresenta na maioria dos casos, um grande impacto na família. As mães de crianças portadoras da síndrome, no momento do nascimento de seus filhos, geralmente os recebem como uma deficiência, e não uma criança portadora de uma deficiência, principalmente devido a falta de informação sobre tratar e cuidar de uma criança portadora desta necessidade (MATOS, *et al.*, 2006).

Gráfico 3 - Distribuição percentual da amostra sobre algum momento sentiu preconceito por parte da sociedade.



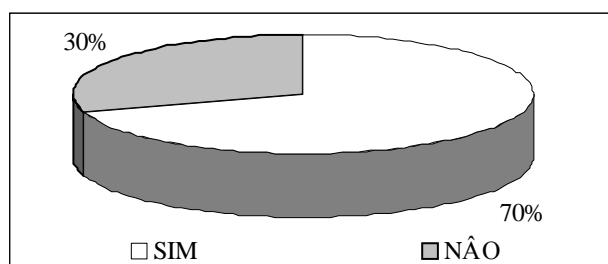
Fonte: Dados do pesquisador.

De acordo com o Gráfico 3, foi possível observar que 100% (20) dos entrevistados afirma que sentiu preconceito na sociedade.

Então o preconceito ainda é um sentimento existente na sociedade, evidencia-se que esse sentimento é originado pela falta de conhecimento da doença, e sem estas informações fica difícil erradicar ou diminuir tão sentimento.

O problema do preconceito na sociedade ainda esta presente assim como a discriminação quanto aos portadores da Síndrome de Down. Embora cada vez mais, campanhas são feitas para que haja uma maior inclusão social dos portadores da Síndrome de Down em escolas, clubes, no mercado de trabalho, mais o preconceito de dentro das pessoas é difícil de serem conscientizados (BRASIL, 2009).

Gráfico 4 - Distribuição percentual da amostra relativo ao seu filho participa de alguma atividade recreativa.



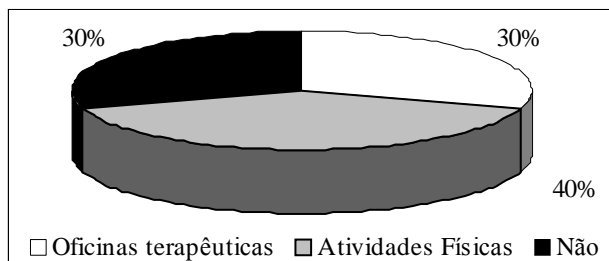
Fonte: Dados do pesquisador

Segundo o Gráfico 4, mostra que 70% (14) afirma que sim, e 30% relata que não participa de nenhuma atividade recreativa.

A participação recreativa é muito importante para que a criança possa se divertir, bem como ajuda a socialização, e participação de brincadeiras com outras crianças ajudando na aprendizagem das mesmas.

O desenvolvimento de uma atividade recreativa está intimamente relacionado ao contexto sócio-cultural em que a pessoa se insere e se processa de forma dinâmica (e dialética) através de rupturas e desequilíbrios provocadores de contínuas reorganizações por parte do indivíduo, então a interação social é o principal objetivo dos profissionais de saúde quando trata-se de atividade recreativa para crianças portadoras da síndrome down (COSTA, 2010).

Gráfico 5 - Distribuição percentual da amostra sobre qual atividade educativa a criança participa.



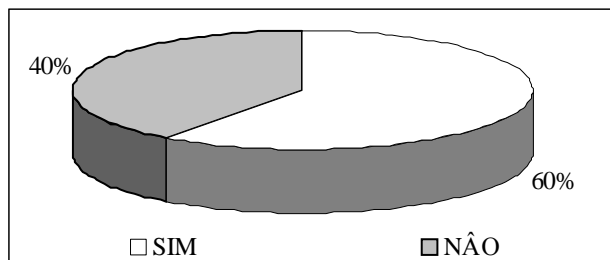
Fonte: Dados do pesquisador

De acordo com o Gráfico 5, demonstra que 40% (08) das crianças realizam como atividade recreativa atividades físicas, e 30% (06) são oficinas terapêuticas.

A recreação para a criança especial deve ocorrer da mesma forma como acontece com a criança dita normal; a diferença está nas adaptações necessárias a cada caso e nos cuidados com a segurança.

A aula de Educação Física pode oferecer a construção de uma atitude digna e de respeito próprio por parte do deficiente e a convivência com ele pode possibilitar a construção de atitudes de solidariedade, de respeito, de aceitação, sem preconceitos (COSTA, 2010).

Gráfico 6 - Distribuição percentual da amostra acerca de seu filho frequenta alguma escola.



Fonte: Dados do pesquisador.

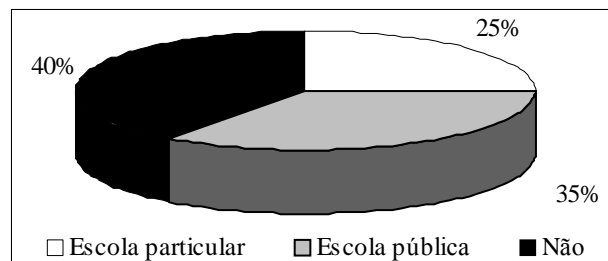
Conforme o Gráfico 6, nota-se que 60% (12) relata que os filhos frequentam a escola e 40% (08) disseram que não.

É muito importante que as crianças com frequentem escolas, pois a mesma facilitará como forma de interação social, ou seja, com outras crianças assim como a presença de

professores com o papel de mediador, como por exemplo, a interação mútua, através de brincadeiras, rodas de conversas, pinturas.

A educação psicomotora deve ser considerada como uma educação de base na escola primária. Ela condiciona todos os aprendizados pré-escolares e escolares; leva a criança a tomar consciência de seu corpo, da lateralidade, a situar-se no espaço, a dominar o tempo, a adquirir habilmente a coordenação de seu gestos e movimentos. A educação psicomotora deve ser praticada desde a mais tenra idade; conduzida com perseverança, permite prevenir inadaptações, difíceis de corrigir quando já estruturadas (MATOS, *et al.*, 2006).

Gráfico 7 - Distribuição percentual da amostra sobre o tipo de escola.



Fonte: Dados do pesquisador

De acordo com o Gráfico 7, demonstra que 35% (07) afirma que os filhos estudam em escola pública, e 25% (05) em escolas particulares.

As escolas representam como mais uma forma de apoio no que se refere ao enfrentamento do preconceito através da interação social, bem como a familiarização entre as demais crianças, sendo um meio favorável para a eliminação da discriminação.

Pode-se perceber também que os dois tipos de ensinamentos tanto escola pública como a privada, são escolas que realizam a inclusão e a complementaridade oferecida pela instituição especial são propícios para a criança com Síndrome de Down. É importante que a família tenha autonomia de escolher o que acha melhor para seu filho (COSTA, 2010).

CONCLUSÃO

Após realizadas as entrevistas com as mães, pode-se identificar as dificuldades das mesmas em cuidar de seus filhos portadores de Síndrome de Down que foi a falta de informação, dificuldades de fazer tratamento nos filhos e dificuldades financeiras. Os sentimentos por elas vivenciados foram os de preconceito e depressão após a descoberta da patologia do seu filho.

Portanto o presente estudo foi de grande importância uma vez que através dele foi possível identificar a importância de cuidar das crianças portadoras da síndrome de down sem preconceitos, assim como sem a discriminação. Concluímos que o cuidar com amor e informar sobre as formas de oferecer uma assistência a elas, é de suma importância.

R E F E R Ê N C I A S

- ADIRON, F. **O que síndrome de down**. 2006. Disponível em: [www. Bengalegal.com.br](http://www.Bengalegal.com.br). acesso em 24 nov de 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**. Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24 p.
- COSTA, Q. D. Síndrome de Down e inclusão social. **Revista Bras. De Saúde**. v. 34, n. 6, 2010.
- DONATO, C. A. **Desafiando a Síndrome de Down** (São Paulo). 1998. Disponível em: www.novanet.com.br. Acesso em 10 Nov 2012.
- GUSMÃO, Fábio A. F.; TAVARES, Eraldo J. M. E.; MOREIRA, Lília Maria de Azevedo. Idade Materna e Síndrome de Down no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, Jul/ ago. 2003, Disponível em: www.scielo.br Acesso em 14 nov. 12
- IBGE. **Divisão territorial do Brasil**. Divisão territorial do Brasil e limites territoriais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
- LIPP, L. K. ; MARTINI, F. O. ; MENEGOTTO, L. M O. Desenvolvimento escolarização e síndrome de down: expectativas maternas. **Paideia**. v. 20, n 47, Set-dez, 2010.
- MATOS, M, R. et al., concepções de mães em relação a filhos portadores da síndrome de Dawn. **Revista saúde**. v. 2, n. 1, 2006.
- PAZIN, A. C; MARTINS, M. R. I. **Desempenho Funcional de Criança com Síndrome de Down e a Qualidade de Vida de seus Cuidadores**. 2007, disponível em: <[http www,scielo.br](http://www.scielo.br)> Acesso em 13 Nov 2012
- RICCI, S. S. **Enfermagem materno – neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Data de recebimento para publicação: 16.05.2013. - Data de aprovação do trabalho: 12.06.2013.

temas em
saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Percepção de Usuários

Mobile Emergency Care Service: Perception of Users

Péricles Natanael Fernandes de Medeiros¹
Allan Martins Ferreira²

RESUMO: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é o principal meio pelo qual o Ministério da Saúde presta assistência pré-hospitalar no Brasil, implantado pela Política Nacional de Atenção às Urgências em 2003, constitui um importante componente da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar a importância do serviço na percepção dos usuários atendidos. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com uma abordagem quantiqualitativa, realizada com usuários atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e conduzidos a um hospital regional. Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista. Na análise foi possível observar que a maioria dos usuários do gênero feminino com idade maior de 70 anos solicitou o serviço devido a doenças cardíacas, afirmou ter usado o mesmo mais de três vezes, assim como teve suas solicitações realizadas por terceiros. Os participantes da pesquisa demonstraram satisfação e confiabilidade no atendimento realizado. Reclamam da demora no acionamento do serviço, da dificuldade de acesso ao local da ocorrência, da falta de sinal, da burocracia exigida nas ligações e da falta de conhecimento do respectivo número de acionamento. Evidenciou-se que parte da amostra não soube descrever nem definir precisamente a finalidade do atendimento e a situação real para acionamento. Logo, espera-se que os gestores invistam em políticas públicas favoráveis à continuidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, sua implantação e monitoramento em todos os estados brasileiros, e ao aperfeiçoamento de suas equipes, contribuindo para sua eficácia.

UNITERMOS: SAMU 192. Percepção. Usuários.

ABSTRACT: *The Service Mobile Emergency Care is the primary means by which the Ministry of Health provides pre-hospital care in Brazil, deployed by the National Policy for the Emergency in 2003, is an important component of primary the Unified Health System the objective of this study was to investigate the importance of service as perceived by users served. It is a research-type exploratory and descriptive, with a quantitative and qualitative approach, conducted with users served by the Service Mobile Emergency Care and taken to a regional hospital. Data were collected through a structured interview. In the analysis it was observed that most users of females aged greater than 70 years service requested due to heart disease, said using the Service Mobile Emergency Care more than 3 times, and had their requests by third parties. The search users expressed satisfaction and reliability in the services provided, as cited difficulties in activating the service delay, the difficulty of access to the place of occurrence, failure to sign the paperwork required on the links and the lack of knowledge of the your number of drive. We confirmed that the sample was unable to describe or define precisely the purpose of the call and the actual situation to drive. Therefore, it is expected that public policies to invest in its continuity, in improving their teams, deployment your monitoring in all states, contributing to its effectiveness.*

KEYWORDS: SAMU 192. Perception. Users.

1. Bacharel em Enfermagem - Faculdades Integradas de Patos - FIP. E-mail: peq.sjs@hotmail.com.

2. Bacharel em Enfermagem - FIP, Especialista em Urgência e Emergência, Docente no Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) foi criado com a finalidade de atender a vítimas em situações de urgência e emergência, com potencial risco de morte. Esse sistema disponibiliza recursos pré-hospitalares voltados ao atendimento de pessoas em situações traumáticas, clínicas, obstétricas e psiquiátricas, promovendo uma assistência rápida e especializada, diminuindo assim a morbimortalidade e o índice de sequelas entre a população (BRASIL, 2010 a).

Trata-se de um serviço gratuito implantado no Brasil em setembro de 2003 pelo Governo Federal para prestação de atendimento médico pré-hospitalar e, a depender da gravidade da situação, o paciente pode sair do domicílio, da via pública ou da própria unidade básica de saúde e ser encaminhado, diretamente, por meio do SAMU 192, para um hospital terciário, onde receberá um tratamento definitivo (BUENO; BERNARDES, 2010).

O atendimento pré-hospitalar pode ser primário, quando oriundo de um indivíduo comum, ou do tipo secundário, também conhecido como remoção ou transporte medicalizado, quando a solicitação parte de outro serviço de saúde onde o paciente já tenha recebido os primeiros cuidados para estabilização do quadro de urgência ou emergência, mas ainda necessite ser conduzido a um serviço de maior complexidade para dar continuidade aos cuidados. (CABRAL E SOUZA, 2008)

Preocupados com a utilização correta do serviço, assim como a necessidade de diminuir as ligações desnecessárias (trotes), buscando melhorar a humanização na assistência pré-hospitalar e satisfazer os usuários através do bom atendimento prestado às vítimas, surgiram os seguintes questionamentos: Qual a importância do SAMU 192 na opinião dos usuários? Eles encontram dificuldades em acionar esse serviço?

O presente trabalho foi desenvolvido sob a perspectiva de servir como referencial para profissionais de enfermagem, assim como outros profissionais da área de saúde, para os usuários, e população em geral. Deu-se com a expectativa de melhora na assistência humanizada e qualificada no atendimento pré-hospitalar desenvolvido e realizado pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), promovendo dessa forma uma maior satisfação por parte dos usuários, sobrepondo um acréscimo de conhecimento daqueles que necessitam desse serviço.

Os objetivos propostos foram: Traçar o perfil dos usuários do serviço a partir de dados sociodemográficos do grupo amostral; Identificar as principais dificuldades evidenciadas pelos usuários na solicitação do SAMU 192; Descrever a finalidade e importância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) na percepção dos usuários participantes deste estudo; Discutir o nível de conhecimento do usuário em relação à qualidade do atendimento e sua satisfação com o serviço.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste de uma pesquisa do tipo exploratório descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, que

foi realizado com usuários socorridos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), recebidos no setor de urgência e emergência de um hospital regional paraibano. A população que se fez presente no estudo foi composta por 50 usuários do SAMU 192, recepcionados e atendidos no setor de urgência e emergência do hospital supracitado, sendo a amostra foi composta por 100% da população, ou seja, pelos 50 usuários que se dispuseram a participar da pesquisa, mediante conhecimento prévio e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista, previamente elaborado, com perguntas objetivas, subjetivas e não indutivas. A coleta de dados foi realizada no hospital regional em estudo, no período de março a abril de 2012, sendo executada por um dos pesquisadores individualmente, quando os usuários relataram sobre a importância do Atendimento pré-hospitalar (APH) realizado pelo SAMU 192.

Os dados coletados foram analisados e discutidos em articulação com a literatura pertinente ao tema em questão, revisada neste estudo. Ao término da coleta, os seguintes resultados foram analisados estatisticamente de forma analítica, de acordo com suas variáveis e apresentados em forma de tabelas, quadros e gráficos, e discutidos, descritivamente a partir da leitura e da compreensão dos textos revisados.

O presente estudo seguiu as diretrizes e normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que rege sobre a ética na pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa foi preservada, assim como todos os direitos sobre os princípios éticos (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Dados Sócio-demográficos da Amostra.

Variáveis	Especificações	P	%
Gênero	Masculino	23	46
	Feminino	27	54
Faixa Etária	20 – 30 anos	06	12
	31 – 40 anos	04	08
	41 – 50 anos	04	08
	51 – 60 anos	08	16
	61 – 70 anos	08	16
	Mais de 70 anos	20	40
Escolaridade	Sem Escolaridade	27	54
	E. F. Completo	02	04
	E. F. Incompleto	13	26
	E. M. Completo	03	06
	E. M. Incompleto	02	04
	E. S. Completo	03	06
Motivo de solicitação de serviço	Doenças Cardíacas	12	24
	Doenças Pulmonares	04	08
	Doenças Neurológicas	03	06
	Doenças Renais	03	06
	Doenças Endócrinas	06	12
	Neoplasia	02	04
	Trauma/Acidentes	06	12
	Outras Afecções	14	28

Número de solicitação já realizada	1	17	34
	2	11	22
	3	04	08
	Mais de 3	18	36
Solicitante	Próprio Paciente	02	04
	Terceiros	48	96
TOTAL		50	100

De acordo com os dados expressos na Tabela 1, observa-se que 46% (23) da amostra envolvida na pesquisa constituem-se de usuários do gênero masculino, enquanto que 54% (27) são do gênero feminino. Quanto à faixa etária, nota-se que 12% (6) dos participantes do estudo se encontram na faixa entre 20 e 30 anos, 8% (4) entre 31 e 40, 8% (4) entre 41 e 50 anos de idade, 16% (8) entre 51 e 60 anos, outros 16% (8) entre 61 e 70, uma porcentagem expressiva de 40% (20) do total compõe-se de indivíduos na faixa etária superior a 70 anos de idade.

Tal prevalência se dá proporcionalmente ao que se evidenciou no último censo demográfico, realizado em 2010 no município em estudo, quando se observou que dos 100.695 habitantes, 52.879 são do gênero feminino e apenas 43.499 do gênero masculino. O que deixa evidente a prevalência do número de mulheres em relação a homens (BRASIL, 2010b).

Em relação ao alto índice de participantes da pesquisa na terceira idade, pode-se afirmar que o mesmo se relaciona com o crescente aumento da expectativa de vida entre a população idosa, demonstrado nos estudos demográficos e epidemiológicos. Pode acarretar para os órgãos governamentais e para nossa sociedade em geral constantes desafios, devido a inúmeras intervenções médicas e hospitalares exigidas nessa faixa etária (NICOLUSSI *et al.*, 2012).

De acordo com o grau de instrução das pessoas componentes da amostra, pôde-se observar que 54% (27) dos participantes da pesquisa compreendem indivíduos sem escolaridade, 4% (2) demonstram ter o ensino fundamental completo, 26% (13) o ensino fundamental incompleto, 6% (3) ensino médio completo, 4% (2) o ensino médio incompleto, e 6% (3) são portadores de diploma de curso superior.

Quanto ao motivo da solicitação, constatou-se um aumento nas solicitações advindas de situações decorrentes de doenças cardíacas que foram responsáveis por 24% (12) das solicitações. 8% (4) solicitaram o SAMU 192 por apresentarem doenças pulmonares, 6% (3) doenças neurológicas, 6% (3) algum tipo de doença renal, 12% (6) doenças endócrinas ou distúrbios metabólicos, 4% (2) devido a problemas com algum tipo de neoplasia, 12% (6) por traumas e outros tipos de acidentes.

A idéia pré-concebida da população em geral é a de que o SAMU 192 só dispõe seus serviços a indivíduos que se encontrem em condições traumáticas. Contudo, a partir dos resultados evidenciados acima e em concordância com a maioria dos trabalhos do gênero, evidenciado neste estudo, infere-se que a maioria das solicitações frente ao serviço decorre de emergências clínicas. Portanto, em articulação com a Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde, tem como finalidade reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro imediato. Atende urgências de natureza traumática,

clínica, pediátrica, cirúrgica, ginecológicas, obstétricas e as urgências psiquiátricas da população (BRASIL, 2002).

Ressalte-se que o cenário de envelhecimento populacional brasileiro ocorre associado a uma intensa desigualdade socioeconômica, que produz riscos múltiplos à saúde, fenômeno conhecido como complexidade epidemiológica (LUZ; JUNGER; CAVALINI, 2010).

Analisando as variáveis sociodemográficas relacionadas ao número de solicitações realizadas, identificou-se por parte dos envolvidos no estudo que 34% (17) afirmaram ter solicitado o serviço apenas uma única vez, 22% (11) solicitou duas vezes, 8% (4) três vezes, e 36% (18) precisou utilizar o serviço mais de três vezes.

Oportuno se faz ressaltar que não é suficiente apenas a oferta de serviços de saúde, mas é crucial que a população esteja educada quanto a sua responsabilidade para utilização desse serviço. Assim sendo, o público precisa ser capacitado para reconhecer rapidamente as situações clínicas que requerem ativação e obtenção rápida do SAMU 192 (VIEIRA; MUSSI, 2008).

Dessa forma, observa-se através das inúmeras solicitações feitas pela mesma pessoa que tem conhecimento dos protocolos técnicos de funcionamento do serviço, pois ao chegar com o SAMU 192, ganha prioridade no serviço hospitalar, sendo uma das coisas mais visadas pelos usuários, além do transporte medicalizado e rápido, sem nenhum custo ou gasto. Em relação ao solicitante, observou-se que 4% (2) das chamadas foram os próprios solicitantes do serviço, enquanto que a maioria das solicitações, 96% (48) foram realizadas por terceiros. Levando em consideração que o usuário, devido os agravos nos quais se encontram, por muitas vezes, ficaram impossibilitados de acionar o serviço, evidenciando a necessidade de um alguém próximo para se encarregar dessa função.

Quadro 1 - Dados relacionados às principais dificuldades encontradas pelos usuários em acionar o SAMU 192.

Questionamentos
Quais as principais dificuldades encontradas em acionar o SAMU 192?
Discurso do sujeito
<p><i>“Acho que é a demora para ele chegar”... (Sujeitos 3, 9, 13, 14, 20 e 50). “Nenhuma”... (Sujeitos 2, 4, 11, 12, 21, 33, 34, 38, 39, 42, 46, 48 e 49). “Não encontrei nenhuma dificuldade, eu liguei eles vieram”... (Sujeitos 1, 7, 18, 23, 25, 30, 31, 32, 41 e 47). “Nenhuma, só hoje porque eles observaram que era caso de PSF, mas a enfermeira ligou e o SAMU veio”... (Sujeitos 5, 17, 44 e 45). “Eles erraram o endereço, passaram direto”... (Sujeito 43). “Ligação de celular não atendem, outra ocasião liguei pro meu pai, só caia na polícia”... (Sujeito 40). “Nenhuma, só que eles desconfiaram se era trote”... (Sujeitos 10, 35, 36 e 37). “A comunicação com eles lá, a demora, é muita burocracia”... (Sujeitos 8, 22 e 29). “A principal dificuldade foi eles acusarem de não ter ambulâncias disponíveis”... (Sujeito 28). “O bairro onde eu moro, o sinal fica ruim e a moça não conseguiu me ouvir”... (Sujeito 27).</i></p>

“Eles quiseram recusar, mas eu disse que ele era acamado, ai eles vieram”... (Sujeitos 6, 16, 19 e 24). “É porque eles só atendem em casos de urgência, acho que ele só foi atendido por causa da idade”... (Sujeito 15).

O Quadro 1 que aponta as principais dificuldades encontradas pelos usuários em acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192. Mostra relatos de que a demora no atendimento é um grande contribuinte para o não acionamento do serviço, bem como, fatores externos evidenciados pela falta de sinal e outros problemas de telecomunicação no bairro solicitante, dificultando o acesso da equipe até o local da ocorrência. Evidencia ainda a burocracia presente nas ligações e a falta de conhecimento do número de acionamento do SAMU 192, relatado pelos usuários que solicitaram e foram atendidos pela polícia.

O aumento no número de acidentes, da violência urbana, utilização inadequada por parte da população, e em alguns casos a insuficiente estruturação da rede de telecomunicações são fatores que têm contribuído para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o atendimento à população brasileira (VIEIRA; MUSSI, 2008).

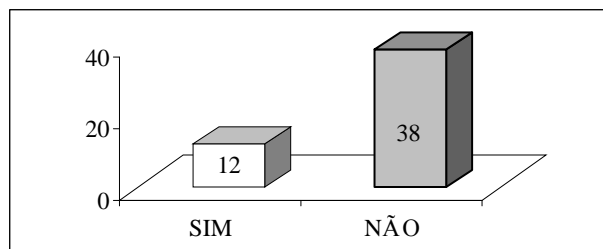
Quadro 2 - Dados relacionados à opinião do usuário quanto à finalidade e importância do SAMU para sociedade.

Questionamentos
Em sua opinião, qual a finalidade e importância do SAMU para sociedade?
Discurso do sujeito
<i>“Ajudar nas horas mais precisas, ele ajuda muito”... (Sujeito 50). “Eu acho de grande importância, essencial”... (Sujeitos 14, 26, 32, 34 e 49). “É muito importante, às vezes você liga e ele fica fazendo várias perguntas, mas ele vem”... (Sujeito 48). “É muito bom”... (Sujeitos 7, 12, 15, 18, 19, 42, 44, 46 e 47). “Salvar vidas”... (Sujeitos 5, 8, 20, 25, 31 e 45). “É muito importante, nós sem o SAMU não somos nada, ele ajuda muito”... (Sujeitos 1, 4, 9, 11, 27, 30 e 43). “De extrema utilidade, porque às vezes não temos um carro ou não temos dinheiro para um taxi, além dele já vir medicado”... (Sujeitos 2, 13, 16, 23, 28, 29, 35, 39 e 41). “Assistência médica móvel”... (Sujeito 40). “Para a saúde, atende super bem, é muito bom”... (Sujeito 38). “Dar atenção aos pacientes doentes, que precisam dele”... (Sujeitos 21 e 37). “A sua assistência, confiabilidade, o seu preparo é muito bom”... (Sujeitos 22, 24 e 36). “É bom para a cidade, levando o paciente pro Hospital”... (Sujeito 33). “Foi umas das melhores coisas que pode acontecer”... (Sujeito 33). “Quando agente liga, somos bem recebidos, atendidos, sendo muito importante no atendimento”... (Sujeito 10). “O atendimento para as pessoas mais humildes, como eu, sendo muito importante”... (Sujeito 6). “Muito bom, necessário, se agente chega no hospital sem ser pelo SAMU, não é atendido logo”... (Sujeito 3).</i>

Em relação aos dados do Quadro 2, que define a importância do SAMU na sociedade, assim como a finalidade

do serviço na visão dos usuários, pôde-se observar, segundo os participantes da pesquisa que o SAMU 192 não é apenas útil, mas um serviço insubstituível, que atende em prol da vida de seus usuários, compostos de profissionais altamente capacitados, e que visam não só um atendimento técnico, mas trabalham de forma humana e eficiente o aspecto social do usuário.

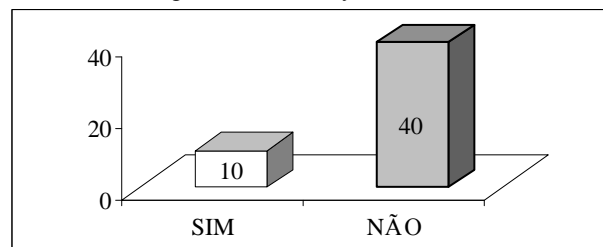
Gráfico 1- Distribuição da amostra segundo a resposta referente à pergunta: Na prestação do seu socorro, houve demora no atendimento?



De acordo com o Gráfico 1, observa-se que 24% (12) dos usuários relataram haver demora no atendimento prestado pelo SAMU 192, apesar deles não saberem ou não disporem de informações como as condições do trânsito, a distância percorrida, problemas de manutenção e disponibilidade dos veículos ao justificarem a resposta. Em contrapartida, observou-se que 76% (38) dos participantes relataram que não houve demora no atendimento, em alguns casos até reconhecendo a situação, justificando que a localidade não favorecia um atendimento mais rápido.

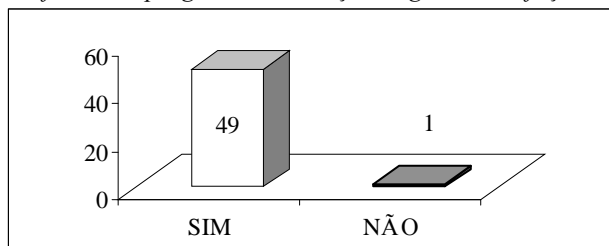
Em algumas condições a equipe e o paciente estão expostos às intempéries do tempo e mudanças no clima, como uma frente fria que pode chegar trazendo chuva, o atendimento em terrenos e locais acidentados, onde plantas e animais podem complicar o tratamento do paciente, as condições de tráfego e a ajuda da própria população na condução do veículo de atendimento até o local do evento podem atrasar e complicar a operacionalização do SAMU 192 (NAEMT, 2007).

Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo a resposta referente à pergunta: A equipe de atendimento era composta por médico e enfermeiro?



De acordo com os dados exibidos no Gráfico 2, que expõe a equipe de atendimento presente nas ocorrências relacionadas ao estudo, observa-se que 80% (40) das intercorrências foram atendidas por equipes formadas apenas por profissionais de nível médio (condutores socorristas e técnicos de enfermagem), enquanto que houve um número reduzido de atendimentos prestados por equipes de suporte avançado (médicos e enfermeiros), o que totalizou 20% (10) dos atendimentos.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a resposta referente à pergunta: O serviço lhe gerou satisfação?



O Gráfico 3 demonstra a satisfação do usuário do serviço prestado pelo SAMU 192, observando-se que 98% (49) da amostra se dizem satisfeitos com a prestação da assistência executada, apenas 2% (1) dos entrevistados informou não estar satisfeito com o atendimento.

A satisfação do usuário deve ser tomada como uma importante medida de qualidade da atenção, da adesão, do tratamento e do uso adequado dos serviços de saúde. Essa situação é satisfatória, pelo potencial que o serviço tem, de prestar um bom atendimento, compatível com a integralidade no seu sentido mais relacional e enquanto valor, refletindo na capacidade dos profissionais de fazer bom uso dos recursos disponíveis (“SAMU transmite segurança social”) (ODWYER; MATTOS, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise dos dados pôde-se observar que a maioria da amostra envolvida na pesquisa constitui-se de usuários do gênero feminino, com faixa etária superior a 70 anos de idade, sem escolaridade em sua maior porcentagem, dividindo os motivos de solicitações entre as doenças cardíacas e outras

afecções, que não sabiam ao certo distinguir realmente o tipo de agravo que a vítima apresentava.

As principais dificuldades encontradas pelos usuários em acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 foram apontadas como demora, assim como fatores externos como a falta de sinal e telecomunicação em alguns bairros, a dificuldade de acesso ao local da ocorrência, a burocracia presente nas ligações e ainda a falta de conhecimento do número de acionamento do SAMU 192.

Pôde-se observar, segundo os usuários participantes deste estudo que o SAMU 192 não é apenas útil, mas um serviço insubstituível, que atende em prol da vida de seus pacientes. Este serviço é composto de profissionais capacitados, que visam não só um atendimento técnico, mas o aspecto social do usuário, apesar de em grande parte das solicitações os usuários não souberam informar quais situações são realmente de emergência e necessidade real.

Dessa forma, pode-se afirmar que o nível de satisfação expresso pelo usuário se deve ao atendimento de qualidade prestado pelos profissionais de saúde inseridos no SAMU 192, entre eles, o enfermeiro, que oferece de forma ininterrupta um atendimento digno, ficando assim, constatado a eficiência e a qualidade desse programa em todos os seus requisitos.

Assim, espera-se que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) continue a salvar vidas, tendo sua eficácia cada vez mais comprovada, deixando que as Políticas Nacionais de Humanização, juntamente com as esferas administrativas do Sistema Único de Saúde invistam em sua continuidade, no seu aperfeiçoamento, na sua implantação e respectivo monitoramento, contribuindo ainda mais para sua eficácia e interação com os sistemas de urgência e emergência.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL, Ministério da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Título Conteúdo: **Rede Nacional SAMU: cobertura SAMU 192**. 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23745&janela1>. Acesso em: 20 de Agosto de 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados Estatísticos**. 2010b.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção. 1, p. 32, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96**. Comitê de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.
- BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto - Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 1, 2010.
- CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [online]. v. 11, n. 4, 2008.
- LUZ, C. C.; JUNGER, W. L.; CAVALINI, L. T. Análise da atenção pré-hospitalar ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio na população idosa de Minas Gerais. **Revista da Associação Médica Brasileira**. [online]. v. 56, n. 4, 2010.
- NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians (The Comittee on Trauma of The American College of Surgeons).
- PHTLS. Atendimento Pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 6. ed. Elsevier, 2007.
- NICOLUSSI, A. C. et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2012.
- ODWYER, G; MATTOS, R. A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis**. Rio de Janeiro, vol. 22, n. 1, 2012.
- VIEIRA, C. M. S; MUSSI, F. C. A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Revista escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 4, 2008.

Data de recebimento para publicação: 17.05.2013. - Data de aprovação do trabalho: 20.06.2013.

Traumatismo Cranioencefálico e a Atuação do Enfermeiro Junto às Respectivas Vítimas

Traumatic Brain Injury and the Role of the Nurse with the Respective Victims

Adyl Carlos Ferreira Rodrigues²

Hellen Renatta Leopodino Medeiros³

Carlos Bezerra de Lima⁴

Sheila da Costa Rodrigues⁵

RESUMO: As lesões provocadas por traumas estão entre as principais causas de mortalidade e incapacidade em indivíduos, atingindo todas as faixas etárias e tornando-se responsáveis por aproximadamente três milhões de mortes no mundo. O traumatismo cranioencefálico (TCE) é de todo mecanismo que gere trauma à caixa craniana, direta ou indiretamente, sendo provocado por vários fatores. Este estudo tem como objetivo geral Investigar a incidência de Traumatismo Cranioencefálico (TCE), e a atuação dos profissionais enfermeiros em um hospital público do sertão paraibano frente à vítimas de TCE. O estudo está dividido em duas partes: a primeira refere-se à análise documental de prontuários, já a segunda parte foi realizada através do preenchimento de um roteiro semiestruturado por meio de entrevista, com os enfermeiros do setor da urgência. Trata-se de uma pesquisa que adota uma abordagem quanti-qualitativa, onde observou-se no estudo que os sujeitos entrevistados seguem um roteiro correto de assistência, sendo este atendimento importante para o prognóstico de recuperação do indivíduo com Traumatismo Cranioencefálico. Quanto a características sócio-demográficas de pacientes com diagnóstico de TCE, no que se refere a gênero observa-se que 101 (74%) são do gênero masculino, 35 (26%) feminino. Estes dados devem-se ao fato de que normalmente o homem se expõe mais a este agravo, por possuir maior participação em acidentes de moto e agressões físicas com arma branca/de fogo. Observou-se no estudo que quanto à parte assistencial do profissional enfermeiro à vítima de TCE, os indivíduos entrevistados possuem conhecimento satisfatório quanto ao atendimento inicial a vítima de TCE, e que 70% relataram dificuldades no atendimento a vítima, destacando-se a falta de estrutura física, funcional e logística como principais dificuldades. Com relação à epidemiologia dos casos de TCE na unidade hospitalar observou-se que quanto a gênero, o nosso estudo seguiu a tendência de outros onde o sexo masculino foi prevalente. E a faixa etária mais prevalente está entre 18 e 40 anos, ficando evidente que a principal causa do traumatismo cranioencefálico são os acidentes automobilísticos, correspondendo a 59,50% do total de casos, e que a maioria dos casos obteve bom prognóstico de recuperação. Este estudo foi de suma importância, pois nos possibilitou conhecer as ações de um grupo de profissionais no atendimento à vítima de TCE e também sobre a incidência do traumatismo cranioencefálico em uma unidade hospitalar do sertão paraibano, ficando evidente a participação compactuada da gestão pública no desenvolvimento de ações preventivas que visem a redução do Traumatismo Cranioencefálico.

UNITERMOS: Assistência de Enfermagem. Incidência. Traumatismo Cranioencefálico.

ABSTRACT: *The injuries caused by trauma are among the leading causes of death and disability in individuals, reaching all age groups and becoming responsible for approximately three million deaths worldwide. Traumatic brain injury (TBI) is the mechanism that manages all trauma to the skull, directly or indirectly, being caused by several factors. This study aims to investigate the overall incidence of traumatic brain injury (TBI), and the role of nurses in a public hospital in the backlands of Paraíba front of TBI. The study is divided into two parts: the first refers to the analysis of documentary records, and the second part was done by completing a semi-structured through interviews with nurses in the sector of urgency. This is a research adopts a quantitative and qualitative approach, where it was observed that the subjects in the study respondents follow a script right assistance, and this assistance important for the recovery prognosis of individuals with traumatic brain injury. Regarding the*

1. Artigo 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.

2. Acadêmico do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP). endereço para correspondência: Rua Oliven de Queiroz nº 239 Patos - PB, Belo Horizonte, CEP: 58704520 Email: adylcarlos@hotmail.com .

3. Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência. Professora das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

4. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

5. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde. Professora das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

socio-demographic characteristics of patients diagnosed with TBI, with regard to gender shows that 101 (74%) were male, 35 (26%) female. These data are due to the fact that usually the man exposes himself over this interlocutory appeal, by having greater participation in motorcycle accidents and assaults with weapon / fire. It was noted that the study on the part of professional nursing care to victims of TBI, individuals interviewed have enough knowledge about the initial care of the victim TBI, and 70% reported difficulties in meeting the victim, highlighting the lack of physical structure, functional and logistics as major difficulties. Regarding the epidemiology of cases of TBI in hospital showed that in gender, our study followed the trend of where the other male was prevalent. And the most prevalent age group is between 18 and 40 years, making it clear that the leading cause of traumatic brain injury are motor vehicle accidents, accounting for 59.50% of all cases, and that most cases got good prognosis for recovery. This study was of paramount importance, because we know the possible actions of a group of professionals in assisting the victim of TBI and also on the incidence of head injury in a hospital unit of the interior of Paraíba, evidencing the participation compacted public management in developing preventive actions aimed at reducing head injury.

KEYWORDS: Nursing Care. Incidence. Traumatic Brain Injury.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os acidentes e a violência urbana tornaram-se um grande problema de saúde pública, provocando um forte impacto na morbidade e na mortalidade da população, estando as lesões como ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações entre alguns dos fatores que contribuem para o agravamento desse problema (BRASIL, 2003).

De acordo com Ladeira e Barreto (2008), as lesões provocadas por traumas estão entre as principais causas de mortalidade e incapacidade em indivíduos, atingindo todas as faixas etárias, tornando-se responsáveis por aproximadamente três milhões de mortes no mundo.

O trauma é definido como uma anormalidade caracterizada pela alteração das estruturas ou desequilíbrio fisiológico do nosso organismo, provocado pela troca de energia entre tecidos e o meio (BATISTA *et al.*, 2006).

Os traumas cerebrais representam um flagelo da sociedade industrializada moderna, considerando como importante causa de mortes em adultos e jovens além de uma importante causa de incapacidade, gerando dor e sofrimento, além de um grande impacto socioeconômico mundial (MAYER, 2007).

Para Batista *et al.* (2006), cerca de 60 milhões de pessoas sofre algum tipo de traumatismo por ano no mundo, resultando em aproximadamente 16.000 mil mortes diárias, fato este que constitui o trauma como um dos principais problemas de saúde pública no mundo, tornando-se a terceira causa de mortalidade mundial.

Scanlon e Ammerman (2007) mostraram dados semelhantes aos do autor supracitado, revelando que os óbitos provenientes do trauma são um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, totalizando aproximadamente 16.000 mortes por dia, chegando a 1,6 milhões de atendimentos por traumatismo cranioencefálico nas emergências, sendo que 500.000 apresentam lesão cerebral traumática (LCT), 80% das vítimas de TCE são classificadas como portadores leves e cerca de 50.000 dos pacientes com TCE tem o óbito declarado antes de chegarem à unidade hospitalar.

O TCE possui grandes complicações, considerando que 50% das mortes de pacientes admitidos nos hospitais são decorrentes dessa patologia, além de ser causador de

comprometimento funcional grave e prolongado nos sobreviventes (OLIVEIRA, 2007). Podem ser destacadas como principais causas de TCE acidentes automobilísticos, quedas e agressões, estando os acidentes automobilísticos como importante fator para o TCE já que em cada 50% das vítimas 30% apresentam Traumatismo Cranioencefálico (PHTLS, 2007).

A escolha por este tema surgiu durante o estágio voluntário no hospital de escolha para esta pesquisa e da leitura de estudos científicos que abordavam o (TCE) como sendo um importante problema na saúde pública. Observei vários casos de pessoas vítimas de traumatismo cranioencefálico destacando-se os acidentes automobilísticos e as agressões físicas como principais fatores desencadeantes do TCE e quanto o trauma é agressivo para com as vítimas, além disso, compreendi a importância da assistência de enfermagem prestada a essas vítimas.

Diante do exposto surgiu o questionamento: Qual a incidência de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) em um hospital público do sertão paraibano, e como atuam os enfermeiros diante deste quadro patológico?

Portanto, espera-se que este trabalho possa acrescentar conhecimentos para a comunidade acadêmica como também para profissionais da área da saúde, através de seus resultados e informações importantes no que diz respeito às vítimas de (TCE), sua incidência e principais causas, como também a atuação do profissional enfermeiro frente à vítima de TCE, objetivando contribuir para a conscientização da sociedade perante esse grande problema da Sociedade Moderna, além de servir como um importante instrumento de estudo na temática abordada em nossa região.

Tendo como objetivo Investigar a incidência de Traumatismo Cranioencefálico (TCE), e a atuação dos profissionais enfermeiros em um hospital público do sertão paraibano frente a vítimas de TCE, além de analisar as principais causas de Traumatismo Cranioencefálico, identificar o exame neurológico pela escala de Glasgow realizado pelos profissionais enfermeiros e discutir os resultados em articulação com os autores revisados

METODOLOGIA

O estudo está dividido em duas partes: a primeira refere-

se à análise documental de prontuários de pacientes atendidos no mês de Fevereiro de 2012 com o diagnóstico de Traumatismo cranioencefálico (TCE) em um hospital situado no município de Patos, já a segunda parte foi realizada através do preenchimento de um roteiro semi-estruturado por meio de entrevista, realizada com profissionais enfermeiros do setor da urgência (Área Vermelha) do mesmo hospital tendo como intuito verificar a atuação desses profissionais frente à vítima de TCE.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, realizada mediante uma abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi realizado em um hospital situado no município de Patos, localizado em na região do Sertão Paraibano, a 294 km da capital João Pessoa. O hospital de escolha dispõe de 150 leitos, sendo classificado como hospital de médio porte e foi selecionado para pesquisa por ser referência para o atendimento de pacientes com TCE de diversas localidades circunvizinhas. Quanto à população e à amostra este estudo foi dividido em duas partes, a primeira realizada por meio de entrevista com profissionais enfermeiros, e a segunda através da análise dos prontuários dos pacientes diagnosticados com TCE.

Para compor a população do estudo a pesquisa foi realizada com 10 dez enfermeiros da área vermelha (considerada setor de emergência, destinada ao atendimento dos politraumatizados) sendo a amostra, constituída de 100% da população, vale ressaltar que o número de enfermeiros escalados para este setor no mês de Setembro de 2012 corresponde a 10 indivíduos.

A consulta aos prontuários foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2012, referente ao período de 01 a 29 de fevereiro de 2012 através do preenchimento de um questionário, totalizando um número de 136 prontuários, equivalente a 50% dos atendimentos a TCE no mês analisado.

Critérios para inclusão (Entrevista com Profissionais enfermeiros); Ser enfermeiro do Setor de urgência (área vermelha), Aceitar participar do estudo através de assinatura do TCLE.

Critérios para inclusão (Prontuários e livros de ocorrência); Ter diagnóstico médico de TCE; Ter todas as informações para compor o questionário (Apêndice C); Residir em qualquer município paraibano

Inicialmente o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Em seguida, após sua aprovação iniciou-se a coleta dos dados, esta por sua vez, ocorreu através de 2 dois instrumentos: um roteiro semiestruturado de entrevista contendo informações sobre a atuação do profissional enfermeiro frente a vítima de (TCE) com perguntas referentes ao tema abordado, e um questionário que tem questões referentes a informações contidas nos prontuários e livros de ocorrência de pacientes com diagnóstico de (TCE), os instrumentos foram previamente elaboradas, contendo perguntas objetivas e subjetivas.

A coleta de dados deu-se por meio da aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturado, no setor de urgência e emergência do Hospital de escolha. Quanto à coleta dos dados em prontuários, os dados foram pesquisados no setor de arquivo morto da referida unidade hospitalar, através do preenchimento do questionário pelo próprio autor deste estudo.

A coleta de dados deu-se por meio da aplicação de um

roteiro de entrevista semi-estruturado, no setor de urgência e emergência do Hospital de escolha, Quanto à coleta dos dados em prontuários, os dados foram pesquisados no setor de arquivo morto da referida unidade hospitalar, através do preenchimento do questionário pelo próprio autor deste estudo.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: inicialmente analisou-se os dados quantitativos através da estatística descritiva simples, os quais foram apresentados em tabelas e gráficos com o auxílio do programa Microsoft Office Excel 2010.

É importante ressaltar que, no decorrer deste estudo, foram respeitados todos os aspectos éticos abordados na resolução N° 196/96 (Diretrizes e Normas da Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste tópico foram conduzidos na ordem das questões expostas no instrumento de coleta de dados. Dessa forma, foi abordado, primeiramente os dados sócio demográficos dos indivíduos participantes, bem como os dados referentes à atuação do profissional enfermeiro frente aos indivíduos com TCE.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA COM PROFISSIONAIS ENFERMEIROS

Tabela 1 - Dados referentes a caracterização da amostra

Variáveis	Especificações	F	%
Gênero	Masculino	04	40
	Feminino	06	60
Faixa Etária	20 a 25 anos	02	20
	26 a 30 anos	07	70
	31 a 35 anos	01	10
	36 a 40 anos	-	-
	Mais de 40 anos	-	-
Tempo de formação profissional	Menos de 5 anos	09	90
	Entre 5 e 15 anos	01	10
	Mais de 15 anos	-	-
Nível de formação profissional	Apenas graduação	02	20
	Especialização	07	70
	Mestrado	01	10
	Doutorado	-	-
Quanto tempo de atuação na urgência do hospital	Menos de 1 ano	02	20
	Entre 1 e 5 anos	07	70
	Mais de 5 anos	01	10
TOTAL		10	100

*Fonte: Dados do pesquisador

A tabela 1 mostra que 4 (40%) da amostra foram constituídos por profissionais do gênero masculino e que 6 (60%) são do gênero feminino, mostrando a prevalência de profissionais femininas entre os indivíduos entrevistados.

Para Squinca, Diniz e Braga (2006), a prevalência do gênero feminino na enfermagem no ambiente hospitalar tem aspecto histórico, pois as atividades do cuidar sempre foram atribuídas à

mulher, desse modo a enfermagem tornou-se uma profissão feminina.

No entanto Lopes; Leal (2005) citam que este cenário vem mudando, apesar da predominância feminina em todas as categorias da enfermagem, novos aspectos vem se destacando na atualidade, visto que é uma área que vem a cada dia ganhando mais mercado de trabalho, possibilitando segurança e estabilidade financeira, está a cada dia favorecendo a procura de indivíduos de ambos os gêneros pela enfermagem.

De acordo com a faixa etária observa-se que 2 (20%) dos entrevistados ocupam a faixa etária entre 20 e 25 anos, 7 (70%) entre 26 e 30 anos, 1 (10%) entre 31 a 35 anos. Nota-se que os profissionais entrevistados enquadram-se como uma população jovem. Andrade, Caetano e Soares (2000), ressaltam que a equipe de saúde formada por profissionais jovens, pode intervir positivamente na qualidade do serviço prestado.

Conforme o tempo de formação observa-se que 9 (90%) da população entrevistada relataram possuir menos de 5 anos de formação profissional, 1 (10%) mais de 5 anos.

Para Costa e Costa (2007), nem sempre o tempo de formação influencia na qualidade da assistência, até porque vai depender do interesse do profissional de estar procurando se atualizar, portanto, buscar novos conhecimentos está totalmente ligado ao interesse em ser um bom profissional.

Com relação a nível de formação profissional observa-se que apenas 2 (20%) afirmaram ter somente a graduação, em contra partida verificou-se que 7 (70%) da amostra possuem especialização e 1 (10%) título de mestrado. Conforme Silva (2000), a correlação entre a graduação e a pós graduação tem como objetivo um intercâmbio de conhecimentos com a formação qualificada, isso resulta em um profissional com maior conhecimento técnico-científico.

A pós-graduação alavanca a carreira do profissional, aumenta o conhecimento, acentuando a disposição para enfrentar desafios e a vontade de estar a cada dia se atualizando, procurando sempre conhecimento, tornando-se especialista, isso contribui para o desenvolvimento profissional e posteriormente contribuirá para a melhora nos processos de trabalho (UNINOVE, 2010).

Quanto a tempo de atuação no setor da urgência no hospital, 2 (20%) relataram trabalhar a menos de 1 ano, 7 (70%) entre 1 e 5 anos e apenas 1 (10%) há mais de 5 anos.

Em seu estudo Cura e Rodrigues (1999) observaram que tanto o tempo de formação profissional quanto o tempo de trabalho na área influenciam na prática das atividades, pois profissionais com maior tempo de formação e de trabalho podem ter mais vivência, dessa forma pode-se considerar que sejam mais experientes e amadurecidos.

DADOS RELACIONADOS A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO JUNTO A INDIVÍDUOS COM TCE

Quadro 1 - Atitude inicial ao atender uma vítima de TCE.

Questionário
Qual a sua atitude inicial ao atender uma vítima de TCE?
Respostas dos entrevistados
ABCDE (sujeitos 1, 3, 4, 8, 9, 10).
Monitoramento do nível de consciência através da escala de Glasgow (sujeitos 2, 4, 5, 6, 7, 9).
Estabilizar a vítima (Sujeitos 4, 9).
Acesso venoso de grosso calibre (sujeito 7).

*Fonte: Dados do pesquisador

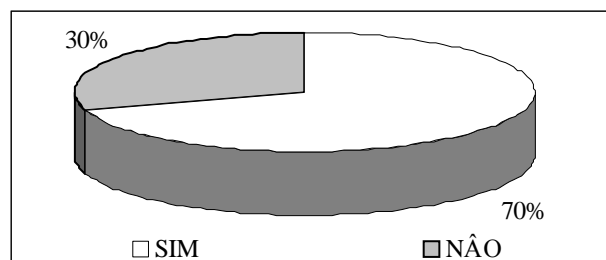
Observa-se através do quadro 1 quanto ao do tratamento inicial à vítima de TCE que os sujeitos entrevistados seguem um roteiro correto de assistência, sendo este atendimento importante para o prognóstico de recuperação do indivíduo com Traumatismo Cranioencefálico.

Segundo Smeltzer *et al.* (2009), uma abordagem sistemática e eficaz para estabelecer e tratar as propriedades de saúde consiste na abordagem de avaliação primária e secundária de avaliação. Dessa forma, a avaliação primária focaliza a estabilidade das condições de risco de vida, assim a equipe emergencial deve seguir o método ABCD (Vias aéreas, respiração, circulação e incapacidade).

Recomenda-se para o atendimento à vítima de Traumatismo Cranioencefálico a abordagem primária, dando ênfase à proteção da cervical e vigilância respiratória. Caso haja parada respiratória iniciar imediatamente as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), com enfoque na avaliação neurológica contidas na escala de Glasgow constantemente, pois esta pode indicar à estabilidade do quadro ou agravamento da lesão (PAROLIN, 2007).

A escala de Glasgow é de extrema importância, pois os dados obtidos na avaliação do nível de consciência facilitam a interpretação da gravidade do TCE, o que permite uma comunicação uniforme entre os profissionais que assistem o paciente, bem como permite o direcionamento do atendimento, além de contribuir para a realização de estatísticas confiáveis sobre a gravidade dessas vítimas, tais informações podem ser utilizadas como fonte de estudos científicos na área da saúde (BOTARELLI, 2010).

Gráfico 1 - Dificuldades encontradas no atendimento às vítimas de TCE



*Fonte: Dados do pesquisador

No gráfico 1, podemos observar que 3 (30%) dos entrevistados relataram não ter dificuldades em lidar com pacientes vítimas de TCE, em contrapartida 7 (70%) dos participantes informaram possuir alguma dificuldade, sendo citadas por eles, a ausência de um neurocirurgião, as dificuldades impostas pelo hospital para realização de tomografias, as dificuldades encontradas para transferência dos pacientes e a falta de um setor próximo a emergência para realização de exames por imagem.

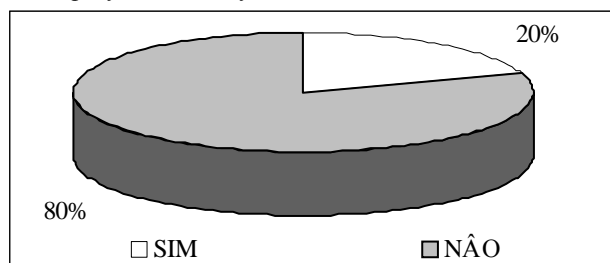
Observa-se na fala dos entrevistados que em se tratando de dificuldades, a maioria cita problemas na parte que compreende a estrutura física e funcional da unidade hospitalar, trazendo à tona uma realidade vivenciada em vários cantos do Brasil quando o assunto é saúde, que é a falta de “médicos neurocirurgiões, exames e logística no que corresponde a transferência desta vítima para uma outra unidade hospitalar.

Ao compararmos este estudo com o de Simões (2011), vê-se que os dados obtidos se assemelham, pois os entrevistados relatam problemas como a falta de profissionais especialistas, experiência na área, escala de Glasgow, logística e equipamentos como principais dificuldades vivenciadas por eles na assistência de enfermagem à vítima de TCE.

Furtado e Araújo Jr (2010), ao analisarem a visão do profissional enfermeiro sobre condições de trabalho em um setor de urgência de um hospital público, constataram que os profissionais da enfermagem eram insuficientes para o grau de complexidade e frequência dos cuidados prestados. Porém atrelados a essas variáveis estavam a falta de equipamentos, baixa qualidade dos materiais, baixa qualificação profissional e sobrecarga na jornada de trabalho.

Em seu estudo Botarelli (2010) também obteve semelhantes, pois, os sujeitos entrevistados relataram que uma das dificuldades encontradas era o déficit de recursos humanos, estrutura física e falta de materiais, despreparo da equipe de enfermagem, sugerindo a importância da educação continuada na formação dos profissionais de enfermagem dia-a-dia.

Gráfico 2 - Aplicação da escala de Glasgow pelos profissionais enfermeiros na vítima de TCE.



*Fonte: Dados do pesquisador

Ao questionar se os profissionais enfermeiros implementavam a escala de Glasgow no atendimento à vítima de TCE, 06 profissionais afirmaram realizá-la e 04 negaram realizar tal procedimento, no entanto, quando questionados sobre como era realizado, apenas 02 dos 06 profissionais descreveram corretamente. Esses dados mostra que dos 06 profissionais apenas 02 conhecem o escore da escala de Glasgow.

Ao compararmos o estudo realizado Simões (2011), na mesma unidade hospitalar e setor, observam-se dados divergentes do estudo atual, apresentando o seguinte resultado; 11 (68,75%) dos enfermeiros afirmaram que realizavam o exame físico e a escala de Glasgow, e 5 (31,25%) relataram não realizar exame físico e nem a escala de Glasgow.

Diante dos dados da autora supracitada, observamos uma elevada percentagem de enfermeiros que diziam preparados para realização do escore de Glasgow, no entanto, esses dados devem-se ao fato de que os profissionais foram apenas questionados quanto ao conhecimento mas não foi solicitado que comprovasse isso, como realizado em nossa pesquisa.

Portanto, acreditamos que boa parte dos profissionais entrevistados omitiu as informações quando perguntados se realizavam a escalas de Glasgow, o que mostra uma preocupação em relação ao atendimento realizado por esse profissional à vítima de TCE.

Conforme Faleiro et al (2011), o exame neurológico deve ser feito na sala de emergência e tem como principal objetivo detectar alterações neurológicas, este exame deve ser detalhadamente anotado na folha de admissão, pois ele servirá de base para exames subseqüentes, portanto configurando-se como uma análise quantitativa de melhora ou piora do paciente. Através do exame neurológico pode-se analisar se o paciente está alerta e cooperativo e não queixa cervicalgia ou limitação à sua movimentação, se há confusão mental, coma ou qualquer queixa.

De acordo com Settervall e Sousa (2012), as primeiras 72 horas pós trauma representam grande importância na evolução das vítimas de Traumatismo Cranioencefálico, trazendo informações valiosas sobre a gravidade, em razão dos eventos fisiopatológicos que porventura ocorram nesse período.

Diante dos resultados exibidos no gráfico 1, e ao compararmos com a fala dos autores supracitados podemos afirmar que é fundamentalmente importante que os profissionais enfermeiros tenham conhecimento sobre a escala de Glasgow e que realizem o exame continuamente na vítima de TCE no serviço de emergência.

Quanto à periodicidade da realização do exame, os dois entrevistados que afirmaram realizá-lo citaram que realizam o exame neurológico constantemente no momento da admissão diante de mudanças no quadro geral do paciente, o que favorece um atendimento assistido e de qualidade com base na assistência de enfermagem ao paciente crítico.

Segundo Batista et al (2006), a escala de coma de Glasgow deve ser usada para se avaliar o nível de consciência, tratando-se de analisar o grau de alerta comportamental que o indivíduo apresenta. A utilização desta escala permite a padronização da linguagem usada para facilitar a comunicação entre profissionais da saúde, sendo capaz de acompanhar a evolução do nível de consciência do paciente.

Bellan e Angelis (2008) acrescentam que nas primeiras 48 horas a equipe de enfermagem deve estar atenta ao escore de Glasgow, ao padrão respiratório e níveis de pressão intracraniana (PIC).

Sendo assim o enfermeiro tem papel fundamental na assistência às vítimas de TCE, devendo estar apto para obter

uma breve história do paciente, realizar o exame físico, executar o tratamento imediato, preocupando-se com a manutenção da vida. Portanto, faz-se necessário que o profissional enfermeiro alie todo conhecimento teórico que adquiriu na vida acadêmica, juntamente com a capacidade de liderança, iniciativa e habilidades assistenciais, devendo ter ainda raciocínio rápido, pois é responsável pela coordenação de uma equipe, sendo parte vital e integrante da equipe emergencial (PEREIRA *et al.*, 2011).

Quadro 2 - Condutas de enfermagem realizadas com maior frequência em um paciente vítima de TCE.

Questionário
Quais condutas de enfermagem você realiza com maior frequência em um paciente vítima de Traumatismo Cranioencefálico?
Respostas dos entrevistados
<i>ABCDE (sujeitos 5, 6, 7, 8, 9).</i>
<i>Acesso de grosso calibre, prestar assistência de enfermagem (sujeitos 1, 4, 8, 10).</i>
<i>Auxiliar o médico nas intubações quando necessário, monitorização (sujeitos 2, 3, 4, 6).</i>
<i>Transferências e exames (sujeito 6)</i>
<i>Comunico ao especialista de plantão (sujeitos 5, 6, 7).</i>
<i>Realizar escala de Glasgow, controle de hemorragias + estabilização do paciente, procurar lesões não encontradas na avaliação primária (Sujeito 9).</i>
<i>Oxigenoterapia (sujeito 10).</i>

*Fonte: Dados do pesquisador

Quanto às condutas de enfermagem que mais são usadas em pacientes com TCE no quadro 3, podemos observar que todos os entrevistados realizam o primeiro atendimento com o fim de estabilizar o paciente independentemente do quadro que se encontre no momento, nota-se que o atendimento primário aparece como principal dentre as condutas citadas.

É imprescindível que o enfermeiro verifique os sinais vitais, embora a alteração no nível de consciência seja a indicação neurológica mais sensível do agravamento do paciente. Deste modo, a verificação da temperatura, frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial, devem ser monitoradas em intervalos de 10 minutos, podendo-se a partir dos dados coletados avaliar o estado intracraniano (SMELTZER *et al.*, 2009). Thomaz e Lima (2000) vão mais além e dizem que a função do enfermeiro no atendimento à vítima de TCE necessita de conhecimento científico sempre atualizado, além de habilidade na realização dos procedimentos, experiência profissional, capacidade física e psicológica, para lidar com o estresse de tomada de decisão imediata e definições de prioridades e de trabalho em equipe.

Pacheco *et al.* (2011) mostram que as condutas de enfermagem consistem-se em empenhar esforços transpessoais de um ser humano para outro, protegendo, promovendo e preservando a humanização, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor bem como, na existência. Além disso deve-se ajudar o próximo a obter autoconhecimento, controle e autocura, quando um processo de harmonia interna é encontrado, independentemente de quais forem as

circunstâncias externas.

DADOS REFERENTES À PESQUISA EM PRONTUÁRIOS

Tabela 2 - Dados sócio-demográficos encontrados nos prontuários de pacientes com diagnóstico de TCE.

Variáveis	Especificações	F	%
Gênero	Masculino	101	74
	Feminino	35	26
Faixa Etária	Menor de 18 anos	17	12,5
	Entre 18 e 30 anos	50	37
	Entre 31 e 40 anos	29	21
	Entre 41 e 50 anos	13	9,5
	Entre 51 e 60 anos	15	11
	Acima de 61 anos	12	09
Grau de Escolaridade	Indefinida	136	100
Estado Civil	Solteiro	13	9,5
	Casado	10	7,5
	Viúvo	03	01
	Outros	01	01
	Indefinido	109	80
TOTAL		136	100

*Fonte: Dados do pesquisador

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

A tabela 2 revela características sócio-demográficas de pacientes com diagnóstico de TCE, quanto ao gênero observa-se que 101 pacientes (74%) são do gênero masculino, 35 (26%) feminino. Estes dados devem-se ao fato de que normalmente os homens se expõem mais para este agravo, por ter maior participação em acidentes de moto e agressões físicas com arma branca/de fogo. Isto reforça os dados de Mayer (2007) e Parolin (2007), quando em seus estudos afirmaram que a incidência de traumatismo cranioencefálico é maior em homens que do em mulheres, esta proporção é de três a quatro vezes maiores.

Já quanto à faixa etária 17 (12,5%) ocupavam a faixa etária menor que 18 anos, 50 (37%) entre 18 e 30 anos, 29 (21%) entre 31 e 40 anos, 13 (9,5%) entre 41 e 50 anos, 15 (11%) entre 51 e 60 anos e 12 (9%) acima de 61 anos. Observa-se uma maior predominância na faixa etária formada por jovens, evidenciando assim, a necessidade da criação de programas sociais voltados à essa parcela da população, por vezes mais expostas a drogas lícitas e imaturidade

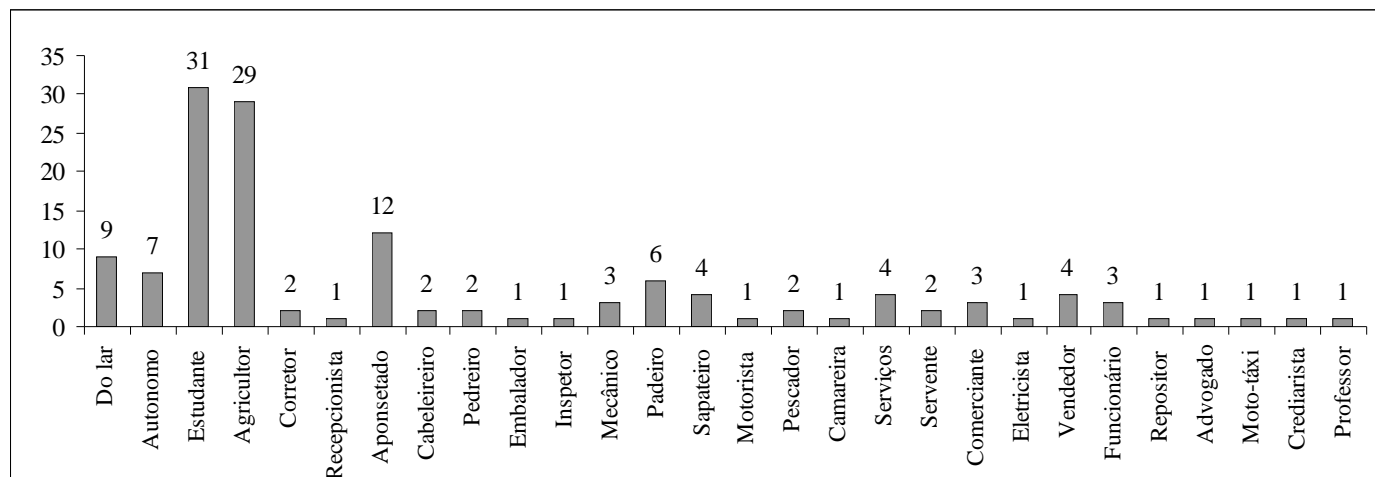
Segundo Sarah (2012), o traumatismo cranioencefálico é importante causa de morte e de deficiência física e mental, ficando atrás apenas do acidente vascular cerebral, como doença com forte impacto na qualidade de vida do homem. Somente nos últimos 10 anos a rede de hospitais SARAH assistiu 5.133 indivíduos com diagnóstico de TCE, estando a média de vítimas de TCE na faixa etária de 30,9 anos. As lesões cerebrais ocorrem em todas as faixas etárias, porém é mais comum em adultos jovens, na faixa etária de 15 a 24 anos.

Quanto ao grau de escolaridade os prontuários não apresentaram respostas claras sobre tal variável, portanto não podemos classificar a escolaridade ficando assim indefinida. Em

relação ao estado civil, observou-se o mesmo problema acima mencionado, em parte dos prontuários observou-se que 13 (9,5%) apresentavam-se como solteiro, 10 (7,5%) casado, 3 (2%), viúvo, 1 (1%) outros e 109 (80%) indefinido. Os prontuários que possuíam estado civil eram referentes aos indivíduos que necessitaram de internação na unidade hospitalar.

Esses dados poderiam ser de grande relevância se preenchidos corretamente, pois espera-se de indivíduos escolarizados e por tanto, informados, maior conhecimento quanto a seqüelas geradas por um TCE, e dessa forma um maior cuidado quanto a sua prevenção.

Gráfico 3 - Ocupação.



*Fonte: Dados do pesquisador

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

Observa-se no gráfico 3, que indivíduos com várias ocupações foram acometidos por TCE, o que nos leva a crê que esta patologia acomete qualquer indivíduo independente de qual for a ocupação. Porém observamos que entre as ocupações que mais apresentaram indivíduos com TCE estão estudantes 31 (23%), agricultores 29 (21,32%), aposentados 12 (8,82%) e do lar 9 (6,61%).

O que chama a atenção é a alta incidência entre estudantes e agricultores, em relação a estudantes acreditamos que tal incidência esteja ligada a própria fase interpessoal, já ao que diz respeito aos agricultores observou-se que a maioria dos casos que envolvem esses indivíduos ocorreu em cidades pequenas circunvizinhas ao município de Patos-PB, tal agravante está ligada à falta de fiscalização pelos órgãos de trânsito o que leva pessoas dirigirem ou pilotarem veículos sem a Carteira Nacional de Habilitação e equipamentos (EPI) que possam protegê-los caso venham sofrer algum tipo de acidente.

Barbosa et al. (2010) em estudo reforçam os dados desta pesquisa quando relatam que é alto o índice de condutores sem habilitação, isso deve-se ao fato de não haver fiscalização intensa nas localidades onde esses residem e circulam, pois em vários municípios não há departamento de trânsito. Outro fator importante é o índice de pessoas sem escolaridade, o que impossibilita a aquisição da carteira de habilitação.

Conforme os autores acima mencionados, muitos usuários dirigem seus veículos escondidos da fiscalização, tendo que enfrentar estradas mal conservadas e caminhos obscuros, situação que oferece grande perigo de acidente. E ainda mais sem conhecimento de direção defensiva e legislação específica essas pessoas acabam não possuindo grande habilidade para

se livrar dos perigos e nem informações de equipamentos de segurança pessoal e do veículo.

Tabela 3 - Município que reside

Município de Origem	Número de casos	%
S. J. da Lagoa Tapada - PB	1	0,7
Assunção - PB	2	1,5
Conceição do Piancó - PB	1	0,7
Catingueira - PB	3	2,20
Água Branca - PB	2	1,5
Riacho dos Cavalos - PB	1	0,7
Santa Luzia - PB	7	5,15
Diamante - PB	1	0,7
Teixeira - PB	5	3,7
Coremas - PB	5	3,7
Patos - PB	74	54,5
São Jose do Bonfim - PB	3	2,20
Pombal - PB	1	0,7
Boa Ventura - PB	1	0,7
Juazeirinho - PB	1	0,7
Triunfo - PB	1	0,7
Condado - PB	2	1,5
Malta - PB	2	1,5
Imaculada - PB	3	2,20
São José de Espinharas - PB	3	2,20
Desterro - PB	2	1,5
São Mamede - PB	2	1,5
Cacimba de Areia - PB	1	0,7
Santa Terezinha - PB	4	2,95
Areia - PB	1	0,7
Cacimbas - PB	1	0,7
Quixaba - PB	1	0,7
Areia de Baraúna - PB	5	3,7

*Fonte: Dados do pesquisador

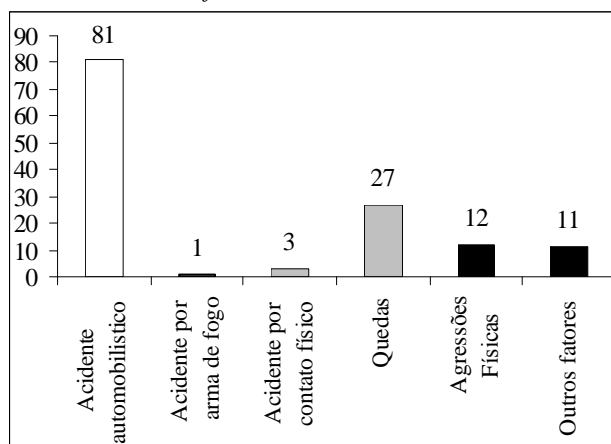
**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

De acordo com os dados obtidos na tabela 3, observa-se o total de 28 municípios onde as vítimas de TCE residem. Nota-se que do total de 136 casos, 66 (45,5%) procuraram atendimento médico no município de Patos-PB, ficando evidente que somente a cidade de Patos corresponde a 74 (54, 5%) de todos os casos ocorridos nos municípios acima descritos.

Além do mais se destaca como sendo município onde possui hospital de referência para o atendimento de vítimas com TCE nesta região. Observa-se também que a maioria dos municípios acima mencionados não possui um atendimento pré hospitalar a exemplo do (SAMU) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou dos Bombeiros, o que complica ainda mais o prognóstico para a vítima de TCE.

O atendimento à vítima de TCE deve ter início ainda no local do sinistro, sendo de extrema importância que pessoas capacitadas e atualizadas realizem o primeiro atendimento, esse atendimento deve ser de qualidade, afim de evitar ou minimizar possíveis sequelas por TCE, sendo imprescindível a atualização constante nessa temática, a melhoria nas condições de prevenção e tratamento desta patologia, servindo assim, como uma profilaxia de mortes e sequelas por esse tipo de acidente (AGNOLO; HAERTER; 2011).

Gráfico 4 - Causas do TCE



*Fonte: Dados do pesquisador
**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

O gráfico 4 representa as causas do TCE, no qual podemos observar que os acidentes automobilísticos correspondem ao total de 81 casos, em percentual (59,5%), os acidentes por arma de fogo 1 (0,70%), acidentes por contato físico 3 (2,20%), quedas 27 (20,60%), agressões físicas 12 (8,90%) e outros fatores 11 (8,10%).

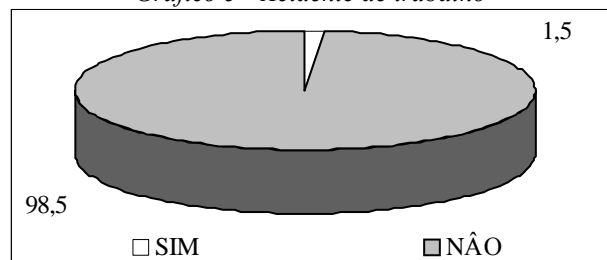
Em seu estudo Barbosa et al. (2010) observaram que os acidentes automobilísticos correspondiam a 60,5%, seguidos de queda 26,1%, agressão física 5%, acidente por arma de fogo 1,7%, contato físico 1%, outros 5,7%, portanto os dados contidos neste estudo se aproximam dos valores obtidos com o estudo dos autores supracitados, deixando evidente esta tendência.

Nota-se que os acidentes automobilísticos seguem como principal fator contribuinte para o TCE, dessa forma segue uma tendência frente a outros estudos, os quais apontam os acidentes de trânsito como causa principal do Traumatismo

Cranioencefálico.

Moura *et al.* (2011) relataram que o aumento no número de acidente automobilístico, se dá pelo real aumento no número de veículos em circulação no trânsito, a desorganização, a deficiência geral da fiscalização, as péssimas condições de muitos veículos, o comportamento dos usuários e a impunidade dos infratores fizeram com que nos últimos anos o Brasil se colocasse entre os campeões mundiais em acidente de trânsito.

Gráfico 5 - Acidente de trabalho



*Fonte: Dados do pesquisador
**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

O gráfico 5 mostra a relação do acidente de trabalho com o TCE, observa-se que 2 (1,5%), foram provocados no ambiente de trabalho, em contra partida 134 (98,5%), não se caracterizavam como acidente de trabalho.

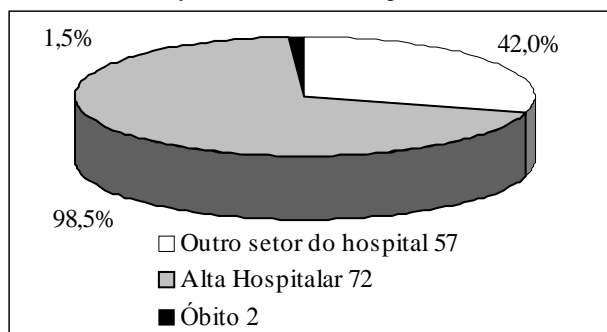
Brasil (1997) define o acidente de trabalho como sendo aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que provoque morte, perda ou a redução da capacidade para o trabalho, podendo ser permanente ou temporária.

Apesar de ser um referencial antigo, ainda vem sendo muito usado para definir o acidente de trabalho. Sabe-se que hoje os acidentes de trabalho correspondem a um importante agravante para a saúde do trabalhador.

Conforme Prochnow *et al.* (2012), os acidentes e as mortes no trabalho estão entre as maiores problemáticas relacionadas à saúde do trabalhador, no Brasil o Ministério do Trabalho tem buscado soluções para tal situação, a fim de reduzir a incidência por este tipo de acidente.

Portanto, é imprescindível que vítimas de acidentes sejam eles quais forem, ao adentrar em uma unidade de saúde para atendimento sejam interrogados sobre onde ocorreu, se foi no ambiente de trabalho ou na rua, coletar informações sobre a ocorrência desse tipo de acidente é importante para dados epidemiológicos.

Gráfico 6 - Destino do paciente



*Fonte: Dados do pesquisador

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

O gráfico 5 mostra dados em relação ao destino do paciente desde a sua entrada na unidade hospitalar, observa-se que 72 (56,5%) tiveram alta hospitalar após o atendimento inicial, 57 (42%) foram encaminhados a outro setor no hospital e apenas 2 (1,5%) foram a óbito. No entanto, nos prontuários analisados não constavam informações acerca do destino final desses pacientes, como no caso das transferências para outros hospitais na impossibilidade de resolatividade dos casos.

Em estudo realizado por Moura *et al.* (2011) observa-se que 71,29% das vítimas de TCE receberam tratamento clínico, 28,71% foram submetidas a tratamento cirúrgico, sendo que a média de dias de internamento foi de 5,99 dias. Também evidenciou-se que 88,12% dos casos receberam alta hospitalar enquanto 7,92% evoluíram para óbito.

De acordo com os autores supracitados, conhecer o perfil das vítimas de TCE em cada serviço é essencial, pois o esclarecimento dos dados epidemiológicos, sinais e sintomas clínicos, tipos e resultados de exames de imagem realizados, tempo de permanência na unidade hospitalar, procedimentos cirúrgicos e evolução clínica após alta é um importante passo para o planejamento de ações preventivas para a melhoria dos serviços.

Portanto, nota-se que apesar do TCE ser um trauma consideravelmente impactante para a vida do indivíduo, nos dois estudos pode-se observar que a maior parte dos indivíduos acometidos teve alta do ambiente hospitalar, ficando o número de óbitos inferior a 8%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que o TCE é uma importante causa de morte e morbi-mortalidade temporária e permanente em indivíduos, sendo de incidência crescente a cada dia, tornando-se um sério problema

de saúde pública no Brasil e no Mundo. O comprometimento neurológico é relevante a partir do momento que passa a afetar o indivíduo significativamente no seu dia-a-dia.

Observou-se no presente estudo que quanto à parte assistencial do profissional enfermeiro à vítima de TCE, que os indivíduos entrevistados possuem conhecimento satisfatório quanto ao atendimento inicial à vítima de TCE, e que 70% relataram dificuldades no atendimento à vítima, destacando-se a falta de estrutura física, funcional e logística como principais dificuldades. Com relação à realização da escala de Glasgow observa-se que o número de profissionais que souberam descrever o escore foi insatisfatório o que alerta sobre medidas de educação continuada voltadas para estes profissionais, pois capacitando-os o atendimento torna-se amplo e sistêmico.

Portanto, é fundamental que o profissional enfermeiro seja conhecedor de técnicas assistenciais frente a vítimas acometidas por TCE, cabendo-lhe prestar uma assistência de qualidade baseada em protocolos que tratem o atendimento inicial (primário e secundário). Dessa forma contribuindo para o bom prognóstico do paciente independente de qual fator provocou a situação.

Com relação à epidemiologia dos casos de TCE na unidade hospitalar observou-se que quanto a gênero, o nosso estudo seguiu a tendência de outros nos quais o sexo masculino foi prevalente. E a faixa etária mais prevalente está entre 18 e 40 anos, ficando evidente que a principal causa do traumatismo cranioencefálico são os acidentes automobilísticos correspondendo a 59,50% do total de casos, e que a maioria dos casos obteve bom prognóstico de recuperação.

Este estudo foi de suma importância, pois nos possibilitou conhecer as ações de um grupo de profissionais no atendimento à vítima de TCE e também sobre a incidência do traumatismo cranioencefálico em uma unidade hospitalar do sertão paraibano, ficando evidente a participação compactuada da gestão pública no desenvolvimento de ações preventivas que visem a redução do Traumatismo Cranioencefálico.

R E F E R Ê N C I A S

- ANDRADE, A. F. *et al.* Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo: v. 55, n. 1, 2009.
- AZEVEDO FILHO, F. M. *et al.* **Administração de medicamentos**: conhecimento dos enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Enfermaria Global*. n. 26, Abril 2012.
- BARBIERI, R. L. **SOS. Cuidados emergenciais**. Tradução de Renato L. Barbieri. São Paulo: Rideel, 2002.
- BARBOSA, I. L. *et al.* Fatores desencadeantes ao trauma cranioencefálico em um hospital de emergência municipal. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 240-253 abr./jun. 2010.
- BERGERON, J. D. *et al.* **Primeiros socorros**. 2. Ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2007.
- BORTOLOTTI, F. **Manual do socorrista**. Expansão Editorial. Porto Alegre: 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96**. Comitê de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.
- CALIL, A. M. *et al.* Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Janeiro-fevereiro: 17 (1), 2009.
- CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O Enfermeiro e as situações de emergências**. São Paulo: Atheneu, 2007.
- CARVALHO, J. C. *et al.* Condutas no paciente com trauma cranioencefálico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. jan-fev: 9(1): 74-82. São Paulo, 2011.
- CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente enfermo**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.
- COSTA, F. M. F.; COSTA, S. H. P. Assistência de enfermagem ao cliente portador de úlcera por pressão: abordando a importância

- do conhecimento e informação. **Revista Meio Ambiente e Saúde**. Brasília: v. 2, n. 1, 2007.
- GENTIL, R. C; RAMOS, L. H; WHITAKER, I. Y. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Março-abril: 16(2). 2008.
- GONÇALVES, V. C. S. **Atendimento ao paciente politraumatizado**. IN: CALIL, A. M; PARANHOS, W. Y. O enfermeiro e as situações de emergências. São Paulo: Atheneu. p. 319-331, 2007.
- GUSMÃO, S. N. S; ULHOA, T. H; CARDOSO. **Traumatismo crânioencefálico no adulto**. 2006. In: PIRES, M. T. B; STARLING, S. V. Manual de urgências em pronto socorro. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- IRWIN, R. S; RIPPE, J. M. **Manual de terapia intensiva**. [revisão técnica de Maria de Fátima Azevedo]. Tradução: Adriana Ito Azevedo et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- KNOBEL, E. **Condutas ao paciente grave**. 3. Ed. São Paulo: Atheneu. 2006.
- LUCHESI, L. B; MENDES, I. A. C. Questionário multidimensional para análise da imagem do enfermeiro. **Escola Paulista de Enfermagem**. 2010. 23 (1): 16-22.
- MCQUILLAN, *et al.* 2002. IN: SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 2, 2008.
- MORGADO, F. L; ROSSI, L. A. Correlação entre a escala de coma de Glasgow e os achados de imagem de tomografia computadorizada em pacientes vítimas de traumatismo crânioencefálico. **Radiologia Brasileira**. 2011, Jan/Fev: 44(1): 35-41.
- NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians (The Committee on Trauma of The American College of Surgeons). **PHTLS. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 6. Ed. Elsevier. p. 105-125, 2007.
- NARDOTO, E. M. L; DINIZ, J. M. T; CUNHA, C. E. G. Perfil da vítima atendida pelo Serviço Pré-hospitalar Aéreo de Pernambuco. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. 45(1): 237-42, 2011.
- OLIVEIRA, I. B. *et al.* Traumatismo crânioencefálico: considerações anatomofuncionais e clínicas. **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 3, n. 1, p. 99-106, jan./abr. 2010.
- OLIVEIRA, B. F. M. **Atendimento pré-hospitalar móvel**. IN: OLIVEIRA, B. F. M. *et al.* Trauma: atendimento pré-hospitalar. 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- OLIVEIRA, B. F. M; PAROLIN, M. K. F; TEIXEIRA, JR. **Trauma: atendimento pré-hospitalar**. 2. Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
- PINTO, H. F. *et al.* Avaliação somatotrópica tardia em pacientes adultos que sofreram traumatismo crânioencefálico grave. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 39, n. 4, 2010.
- PIRES, M. T. B; STARLING, S. V. **Manual de urgências em pronto socorro**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- PORTO, C. C; PORTO, A. L. **Vademecum de clínica médica**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- RIBEIRO, R. C. H. M. *et al.* Traumatismo crânioencefálico de pacientes vítimas de acidentes de motocicletas. **Arquivo de Ciências da Saúde**. jan-mar: 17 (1): 9-14, 2010.
- SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência para enfermagem: do atendimento pré-hospitalar à sala de emergência**. 5. Ed. rev. e amp. São Paulo: Iátria, 2008.
- SILVA, R. C; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: 2011, jan-fev: 64(1): 98-105.
- SILVA, A. B. F; GASPAR, M. D. R; PIRES, S. M. B. **Triagem em serviços de emergência**. In: SOUZA, U. H. S; MOZACHI, N. O. Hospital: manual do ambiente hospitalar. 3. Ed. Curitiba, 2009.
- SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 2, 2008.
- TIMBY, B. K; SMITH, N. E. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8. Ed. São Paulo: Manole, 2005.
- WILLIAMS, L. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 4. Ed. Tradução: Ivan Loureço Gomes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Data de recebimento para publicação: 03.06.2013. - Data de aprovação do trabalho: 20.06.2013.

Câncer de Mama: Mudanças Ocorridas na Vida de Mulheres Mastectomizadas

Breast Cancer: Changes in The Lives of Mastectomized Women

Fabiana Carla Medeiros Alves¹

Hellen Maria Gomes Araújo de Souza²

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros³

Raquel Campos de Medeiros⁴

RESUMO: O câncer de mama é uma doença lenta, silenciosa e muito temida entre as mulheres, que provoca sentimentos negativos e de baixa autoestima, fazendo com que as mulheres sintam-se diferentes e excluídas da sociedade. Esta pesquisa objetiva apontar as principais mudanças ocorridas na vida de mulheres mastectomizadas. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantiquantitativa, a amostra foi constituída por mulheres mastectomizadas do município de São Mamede-PB. As entrevistas foram realizadas nas residências das mulheres nos meses de julho a agosto de 2012, os dados obtidos a partir do questionário foram analisados e apresentados em forma de tabela e gráficos. Os resultados revelam que a maioria 06 (50%) das participantes possui faixa etária entre 56 e 66 anos, 05 (37%) era aposentada, 06 (50%) são casadas com renda familiar de até dois salários mínimos e pouca escolaridade. Diante disso, podemos constatar que a neoplasia de mama vem se tornando um problema de saúde pública alarmante, visto que a cada ano cresce o numero de mulheres acometidas por essa doença, dessa forma os profissionais de saúde devem prestar uma assistência voltada para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.

UNITERMOS: Mastectomia. Neoplasias de Mama. Autoimagem.

ABSTRACT: *The cancer is a disease slow, silent and much feared among women, which causes negative feelings and low self-esteem, making women feel different and excluded from society. This research aims to show major changes in the lives of women with mastectomies. This is a descriptive exploratory approach quantiquantitative, the sample consisted of women with mastectomies in São Mamede-PB. The interviews were conducted in the homes of women in the months of July and August 2012, the data obtained from the questionnaire were analyzed and presented in tabular form and graphs. The results reveal that the majority 06 (50%) of participants have aged between 56 and 66 years, 05 (37%) were retired, 06 (50%) are married with a family income of up to two minimum wages and little schooling. Given this, we can see that breast cancer is becoming an alarming public health problem, since each year growing the number of women affected by this disease, so health professionals should provide assistance aimed at improving the quality of life of these women.*

KEYWORDS: *Mastectomy. Breast Cancer. Self Concept.*

1. Graduanda de Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos-FIP. Rua: Doutor José Amorim, nº 14 A Centro, São Mamede-PB (fabianna_carla@hotmail.com).

2. Enfermeira. Especialista. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

3. Enfermeira. Especialista. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

4. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Faculdade. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos, a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. São esperados para 2012, 52.680 novos casos de câncer de mama com um risco de 52 casos a cada 100 mil mulheres, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, onde existe uma concentração maior de diagnósticos da doença (BRASIL, 2012).

O câncer de mama é uma doença lenta, silenciosa e temida entre as mulheres, provocando sentimentos negativos e de baixa autoestima, fazendo com que a mulher sinta-se diferente e excluída da sociedade (PINHEIRO, *et al*, 2008).

Como forma terapêutica, a mastectomia apresenta-se como um processo invasivo, causando traumas físicos e emocionais, comprometendo assim a imagem corporal e despertando sentimentos, como o medo associado à morte, levando muitas vezes a mulher a rejeitar seu próprio corpo, sentindo-se mutilada (KRAUZER; ADAMY; CAVALET, 2011).

O adoecimento pelo câncer de mama, bem como seu tratamento causam sérias consequências na vida da mulher, deixando sua imagem corporal severamente afetada, para tanto, se faz necessária à elaboração de intervenções, tais como: terapia para casais e a participação em grupos de apoio, visando novas possibilidades de lidar com o próprio corpo e nas relações com os outros, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (SANTOS; VIEIRA, 2011).

O câncer de mama, para muitas mulheres, carrega o tabu de uma doença “maldita”, que causa a desfiguração de partes do corpo e até do próprio atrativo sexual, trazendo sentimentos e sofrimentos, afetando assim o lado estético, com a possibilidade de ficar sem uma de suas mamas, levando as mesmas a martirizar-se sem saber como as pessoas, e até mesmo seu companheiro, irão reagir em relação à sua aparência (MOURA, *et al* 2010). Conviver com o câncer de mama provoca incertezas e medos, não apenas nas mulheres, mas também nos filhos e companheiros, onde estes têm um papel de fundamental importância para o enfrentamento da problemática, dando suporte emocional e afetivo, o que implicará em uma melhor adaptação da mulher à sua nova condição de saúde (SILVA, *et al* .2010).

O Inca (2011) anunciou novas recomendações para controlar o câncer de mama. Entre as orientações, o instituto estabelece que toda mulher com diagnóstico de câncer de mama deve iniciar seu tratamento no prazo máximo de três meses. Quando indicado, o tratamento complementar de quimioterapia ou hormonioterapia deve ser iniciado no máximo em 60 dias e o de radioterapia no máximo em 120 dias.

Diante das estatísticas mundiais, a pesquisa objetiva apontar as principais mudanças ocorridas na vida de mulheres mastectomizadas, contribuindo dessa forma para sensibilização dos profissionais de enfermagem, bem como esclarecer as reações sentidas por esse grupo de mulheres, visando uma melhora na qualidade de vida e encorajando-as ao fortalecimento

perante a alteração da sua autoimagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2009), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de características de determinada população, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

Lakatos e Marconi (2010) descrevem que a pesquisa quantitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, valendo-se de amostras amplas e de informações numéricas.

A pesquisa foi realizada no município de São Mamede, no sertão Paraibano. Participaram da pesquisa mulheres mastectomizadas usuárias das unidades de saúde do município acima mencionado, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semi estruturado, contendo questões objetivas e subjetivas, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, os dados foram coletados nas residências das mulheres para posteriormente serem analisados através de gráficos e tabelas.

A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada.

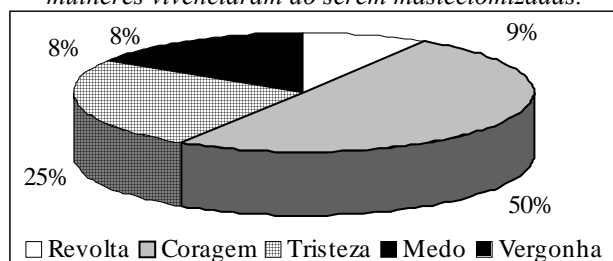
RESULTADOS

A distribuição quanto às características sócio demográfica e econômica das mulheres mostrou que a maioria das mulheres está na faixa etária de 56 - 66 anos de idade, sendo a idade mínima de 45 e a máxima de 78 anos, a maioria eram aposentadas, casadas, ensino fundamental incompleto e com renda familiar de até dois salários mínimos, com relação ao número de filhos, a maioria tiveram 04 filhos.

	Variável	F	%
Idade	45-55	04	34
	56-66	06	50
	67-77	01	08
	77-87	01	08
Profissão	Aposentada	05	37
	Do lar	01	09
	Cabeleireira	01	09
	Comerciante	01	09
	Artesã	01	09
	Professora	01	09
	Auxiliar de serviços	01	09
	Doméstica	01	09
Estado civil	Solteira	03	25
	Casada	06	30
	Viúva	03	25
Escolaridade	E. F. Incompleto	07	58
	E. F. Completo	02	17
	E. M. Completo	02	17
	E. S. Completo	01	08

Renda Familiar	1 salário mínimo	02	17
	2 salários mínimos	05	41
	3 salários mínimos	02	17
	Acima de 3 salários	02	17
	Não tem renda	01	08
Nº de filhos	Nenhum	01	08
	1 filho	02	17
	2 filhos	03	25
	3 filhos	01	08
	4 filhos	04	34
	9 filhos	01	08
TOTAL		12	100

Gráfico 1 - Dados relacionados ao sentimento que as mulheres vivenciaram ao serem mastectomizadas.



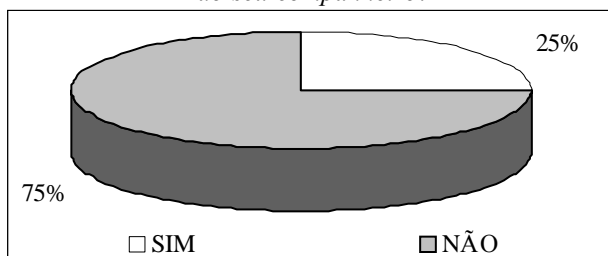
Fonte: dados do pesquisador.

No gráfico 1, podemos observar os sentimentos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas participantes deste estudo, onde 06 (50%) das mulheres relataram sentir-se encorajadas para enfrentar o câncer de mama, 03 (25%) afirmam que após a mastectomia sentiram-se tristes, pois perderam um órgão símbolo da feminilidade, motivo de orgulho para as mesmas e admiração para os homens, afetando dessa forma uma parte tão valorizada do seu corpo, 02 (8%) tiveram medo do futuro, da morte e vergonha, pois sentiram-se mutiladas e apenas 01 (9%) relatou ter ficado revoltada.

O câncer de mama leva as mulheres a sentirem medo, acanhamento, estranheza, tristeza, espanto, desânimo, em relação à situação de mutilação que as mesmas foram submetidas, pois não sabem como as pessoas irão reagir em relação à sua aparência (MOURA, *et al.* 2010).

Diante dos sentimentos e traumas causados pelo câncer de mama é de suma importância à inclusão dessas mulheres em grupos de apoio, dessa forma possibilitando a vivência com outras mulheres que estão passando pela mesma experiência, enfrentando barreiras e superando limites, fazendo com que as mesmas percebam que não estão sós, mas que podem contar umas com as outras e assim redescubram a vontade de viver.

Gráfico 2 - Você sentiu rejeição por parte do seu companheiro?

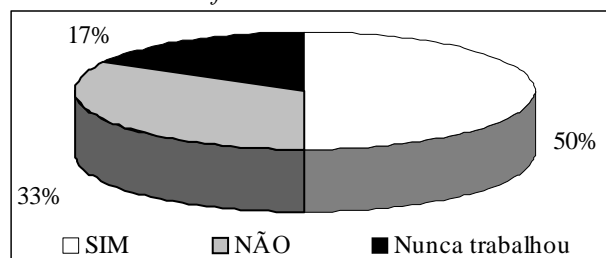


Fonte: dados do pesquisador.

Analisando o gráfico 2, percebe-se que 09 (75%) das mulheres não sentiram-se rejeitadas por seus companheiros, no entanto 03 (25%) afirmaram ter sido rejeitadas por seus companheiros após o diagnóstico de câncer de mama. Sabendo da importância do apoio do companheiro a mulher com câncer de mama, observa-se nesse estudo que as mulheres cujos companheiros deram apoio apresentaram um melhor enfrentamento para a doença, uma melhora nas suas emoções e no relacionamento.

A mulher com câncer de mama vivencia, ao longo do tratamento perdas e sintomas adversos, acarretando incertezas quanto ao futuro e efeitos traumáticos que vão além da enfermidade, quando a mulher se depara com o risco da perda de um órgão cheio de representações, esses impactos também acomete seu companheiro que manifesta desesperança, impotência, intranquilidade e medo do óbito das esposas, porém possuem a tendência de manter o pensamento positivo em relação às perspectivas prognósticas. (FERREIRA, *et al.*, 2011).

Gráfico 3 - Você trabalha?



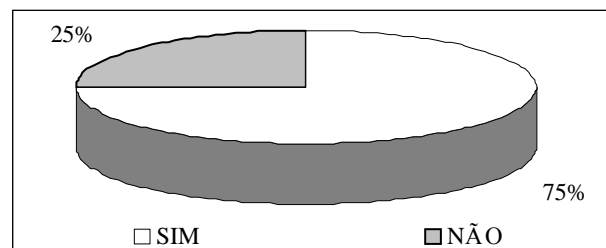
Fonte: dados do pesquisador.

Com esse estudo observa-se que a maioria 06 (50%) das entrevistadas trabalha 04 (33%) não trabalham e 02 (17%) nunca trabalharam.

A mulher ao longo da história foi assumindo o mercado de trabalho, sem deixar suas funções no lar e no cuidado com os filhos, ou seja, passando a desenvolver uma jornada tripla. (BARROS, 2009)

Segundo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, (2005) o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, às mulheres trabalham durante mais horas que os homens, pelo menos metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, diminuindo assim o acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde.

Gráfico 4 - Você é aposentada ou recebe algum benefício?



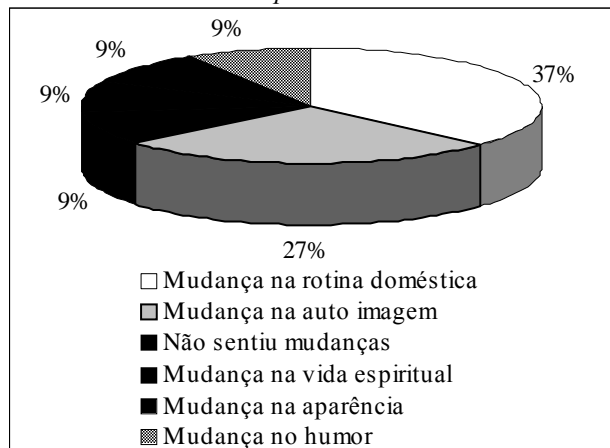
Fonte: dados do pesquisador.

No gráfico 4, observa-se que a maioria 09 (75%) das mulheres é aposentada ou recebem algum benefício e 03 (25%)

não são aposentados e não tem renda.

Segundo o Instituto Oncoguia, (2012) as mulheres com câncer de mama podem pedir aposentadoria por invalidez ou auxílio doença, desde que seja considerado incapacitado definitivamente ou temporariamente para o trabalho pela perícia médica do INSS, contradizendo com alguns resultados da pesquisa.

Gráfico 5 - Quais as principais mudanças ocorridas na sua vida após a mastectomia?



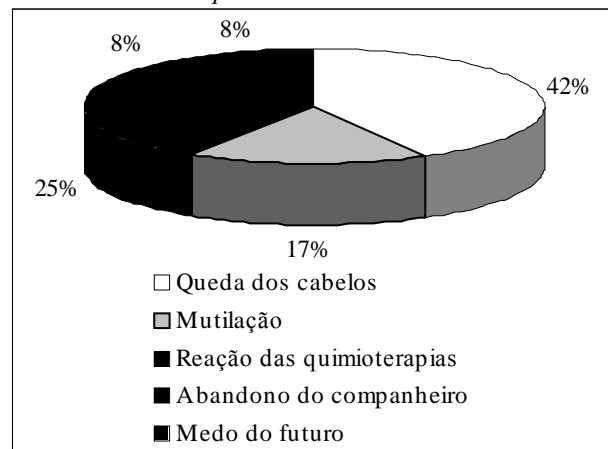
Fonte: dados do pesquisador.

No gráfico 5 observa-se que a maioria das entrevistadas 05 (37%) atribui a mudança na rotina doméstica como sendo a principal mudança ocorrida na sua vida após a mastectomia, 03 (27%) das mulheres que relatam a mudança na autoimagem, 01 (9%) afirma não ter sentido nenhuma mudança na sua vida, 01 (9%) sentiu mudança na sua vida espiritual, 01 (9%) mudança na aparência e 01 (9%) sentiu mudança no humor.

A mastectomia provoca nas mulheres um impacto psicológico, social e emocional, gerando nessas mulheres uma imagem mental associada à mutilação, a mudanças nos hábitos e atividades de vida diária, à perda do atrativo sexual, a limitações no trabalho, gerando medos e incertezas quanto ao futuro, contribuindo dessa forma para dificuldades nas relações interpessoais (SILVA, *et al.*, 2010).

O câncer de mama leva as mulheres a refletirem e questionasse sobre sua vida pregressa e futura a doença, afetando assim, diretamente seu modo de vida e seu comportamento em relação à própria saúde, surgindo mudanças no relacionamento com o parceiro sexual e afetivo, família e amigos (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Gráfico 6 - Qual o maior peso que você vivenciou após a mastectomia?

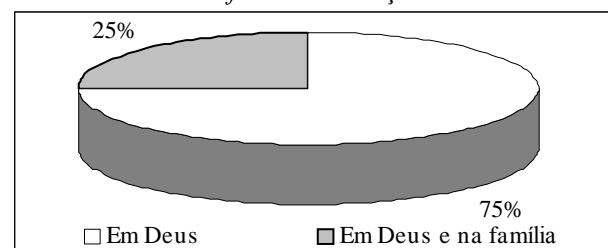


Fonte: dados do pesquisador.

Através do gráfico 6 podemos observar que a maioria das mulheres 05 (42%), atribui a queda dos cabelos como sendo o maior peso vivenciado pelas mesmas após a mastectomia, 03 (25%) atribui à reação das quimioterapias, 02 (17%) à mutilação e 01 (8%) medo do futuro e 01 (8%) relatou que o abandono do companheiro foi o maior peso vivenciado após a mastectomia. A mutilação causada pelo câncer de mama leva a mulher a um sofrimento psíquico, pelo fato de o seio esta relacionado à feminilidade, a amamentação, a sensualidade e a sua retirada é uma ameaça que pode abalar a identidade feminina.

Segundo Moura, *et al.*, (2010) a mastectomia reflete nas mulheres uma visão aterrorizada da doença, onde a percepção física gera sentimentos negativos, pois a falta de um pedaço do corpo leva a mulher a sentir-se incompleta, a diminuição da autoestima provoca impotência diante da mutilação física e o receio de não ser aceita fisicamente leva essas mulheres a perder muitas vezes a capacidade de retornar a sua vida normalmente.

Gráfico 7 - Onde você encontrou forças para enfrentar a doença?



Fonte: dados do pesquisador.

N.B.

(1) As idéias e todo o conteúdo dos artigos publicados em Temas em Saúde são de responsabilidade única e exclusiva dos autores que colaboraram com a presente edição deste veículo de comunicação. Neste sentido, o editor deixa clara sua isenção contra qualquer protesto que reclame o uso de direitos autorais patrimoniais não autorizados por seus detentores.

(2) A diagramação dos textos publicados nesta edição obedeceu a critérios relacionados ao projeto gráfico desenvolvido para a revista Temas em Saúde, o que implicou em ajustes no formato original com que os artigos foram encaminhados à nossa produção editorial. Contudo, não houve qualquer interferência para modificar, suprimir ou acrescentar elementos à expressão original desses artigos.

(3) A produção editorial de Temas em Saúde agradece aos autores que colaboraram encaminhando seus artigos para esta publicação.

Ainda de acordo com o gráfico 7, 09 (75%) das mulheres encontraram forças para enfrentar a doença em Deus e 03 (25%) além de encontrarem forças em Deus, também encontraram força e apoio na família, proporcionando assim um melhor enfrentamento para a doença.

A fé em Deus funciona como um forte suporte emocional em diferentes momentos do tratamento, fazendo com que as mulheres sintam-se amparadas e confortadas, atribuindo ao poder divino à única possibilidade de cura (FERREIRA, *et al.* 2011).

O amparo espiritual gera nas mulheres sentimentos positivos, como força e coragem para superar obstáculos, confiança, apoio e consolo para amenizar o sofrimento e enfrentar momentos difíceis, a fé em Deus ajuda essas mulheres a reerguerem suas vidas e aceitarem a sua nova condição (MOURA, *et al.*, 2010).

Para Fernandes *et al.* (2012) é extremamente importante o envolvimento familiar no processo de tratamento, para que assim ocorra a minimização dos sentimentos negativos, visto que, o processo do cuidar envolve relacionamento interpessoal, dessa forma originando um sentimento de ajuda e confiança mútua, percebendo o outro em suas limitações, em pequenas falas e gestos, é ter sempre uma palavra de carinho.

Fernandes, *et al.* (2012) ainda ressalta que no processo de cuidar da mulher mastectomizada, os valores familiares são postos em prática e um dos mais presentes é a fé em Deus para o enfrentamento da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama é uma doença de grande incidência e muito temida entre as mulheres, seu diagnóstico causa um grande impacto na vida das mulheres, desencadeando diversos sentimentos, tais como, tristeza, revolta, medo do futuro, vergonha e encorajamento.

De acordo com os resultados do estudo, percebe-se que a maioria das mulheres tem idade entre 56 e 66 anos, com baixa escolaridade e com renda familiar de até dois salários mínimos,

os resultados ainda mostram que a maioria das mulheres trabalha, desenvolvendo assim o papel de dona de casa e mãe, levando-as a uma jornada tripla.

A mama tem um papel fundamental na vida da mulher, pois está diretamente relacionada à amamentação, à feminilidade, à sexualidade e sua retirada causa na mulher mudanças bruscas, alterando dessa forma os padrões estéticos e sua autoimagem, afetando as emoções, pensamentos e o modo como as pessoas se relacionam, além de comprometer a execução de tarefas da rotina doméstica que exijam força física e movimentos bruscos, com isso, a mulher sente-se impossibilitada de desempenhar algumas tarefas e até mesmo de trabalhar, o que a leva a um sentimento de baixa auto-estima e inferioridade.

Através desta pesquisa observou-se que a mulher mastectomizada vivencia ao longo do tratamento pesos traumatizantes, que vai desde a perda dos cabelos, à mutilação, às fortes reações das quimioterapias, ao medo do abandono do seu companheiro e até mesmo medo do futuro, levando as mulheres a reflexões e questionamentos, afetando dessa forma no seu modo de vida e comportamento.

Para as mulheres com câncer de mama o amparo espiritual através da fé em Deus, gera sentimentos positivos, tais como, força e coragem para superar os obstáculos e dificuldades advindos da enfermidade. Além da fé em Deus outro componente importante para o enfrentamento da doença apontado pelas mulheres é a família, demonstrado por elas como um porto seguro e apoio nos momentos de maior necessidade.

Espera-se, portanto, que através desse estudo bem como de outros referentes ao mesmo assunto, desperte nas mulheres a importância em procurar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao primeiro sinal de nódulos nas mamas, para receberem orientações e realizarem o exame clínico das mamas (ECM). É papel dos profissionais de saúde prestar uma assistência voltada para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres durante o período de adaptação com o “novo” onde o apoio profissional e familiar deve ser voltado para os sentimentos, angústias, dificuldades e dúvidas, assistindo essas mulheres em suas práticas diárias de maneira compreensiva e humana.

R E F E R Ê N C I A S

_____, Ministério da saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer - INCA**. 2012 Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++ Acesso em 14 /Fev/ 2012.

BARROS, Sônia Maria oliveira. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: Guia para uma prática assistencial.2.ed. São Paulo: Roca, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer - INCA**. 2011^b. Sete orientações para reduzir morte por câncer de mama. Disponível em:<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/inca-anuncia-novas-orientacoes-para-o-cancer-de-mama> Acesso em: 13 de Nov de 2011.

FERREIRA, Dayane de Barros; et al. Nossa vida após o pcâncer de mama: Percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, 64(3): 536-44.mai- jun, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

Instituto oncogüia. **Aposentadoria x câncer de mama 2012**. Disponível em: <http://www.oncogüia.com.br/site/interna.php?cat=55&id=781&menu=2> acesso em: 26 de Ago de 2012.

KRAUZER, Ivete Maroso; ADAMY, Edlamar Kátia; CAVALET, Ana Rosa. Conhecimento produzido acerca da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas: revisão integrativa. **Revista Enfermagem em Foco**, V (2), N(3), 2011.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus Sousa de Pires; *et al.* Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Escola Anna Nery**, 14 (3): 477-484 jul- set, 2010.

PINHEIRO, Cleoneide Paulo Oliveira; *et al.* Participação em grupos de apoio: Experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-am Enfermagem**, V (16), N (4) julho - agosto; 2008.

SANTOS, Daniela Barsotti ; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista Ciência & saúde coletiva**, V 16, N 5, 2011. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres **Gênero e pobreza no Brasil. Relatório Final do Projeto Governabilidad Democratica de Género en America Latina y el Caribe**. Disponível em http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BAFFE3B012BCB0B9B4B1EBA/GEneroPobreza_Brasil04.pdf Acesso em 30 de set de 2012.

SILVA, Tiago Barreto de Castro; *et al.* Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. **Revista Escola de Enfermagem USP**, V44, N 1, 2010.

Data de recebimento para publicação: 03.06.2013. - Data de aprovação do trabalho: 20.06.2013.

temas em Saúde