



Temas em Saúde

Volume 15, Número 4

NESTA EDIÇÃO

HPV

Enfermagem do trabalho

Exame Papanicolaou

Diabetes

Hipertensão

AIDS

Hematologia no trabalho

Parasitoses

Pré-natal

Acidentes de trabalho

Sífilis

Aterosclerose

Politraumatismo

ISSN: 2447-2131

João Pessoa, 2015

Temas em Saúde

Conselho científico

Dra. Ana Escoval
ENSP - Universidade Nova de
Lisboa – Portugal

Dra. Ana Luíza Stiebler Vieira
ENSP - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Ana Tereza Medeiros
Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dra. Angela Arruda
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Antonia Oliveira Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. César Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. David Lopes Neto
UFAM - Manaus – AM

Dra. Francisca Bezerra de
Oliveira
UFCG - Cajazeiras – PB

Dra. Inácia Sátiro Xavier de
França
UEPB - Campina Grande – PB

Dra. Inez Sampaio Nery
UFPI - Teresina – PI

Dra. 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

Dra. Josinete Vieira Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. 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

Dra. Malba Gean Rodrigues de
Amorim
FIP - Patos - PB

Dra. Maria do Socorro Costa
Feitosa Alves
UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira
Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Maria Eliete Batista Moura
UFPI - Teresina - PI

Dra. Maria Emília R. de
Miranda Henriques
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Maria Iracema Tabosa da
Silva
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Marta Miriam Lopes
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Raimunda Medeiros
Germano
UFRN - Natal - RN

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Solange Fátima Geraldo da
Costa
UFPB - João Pessoa - PB

Editor-chefe

Dr. Carlos Bezerra de Lima
FIP – Patos – PB

Comissão editorial

Carlos B. de Lima Júnior
Ana Karla B. da Silva Lima

Contatos

www.temasemsaude.com
contato@temasemsaude.com



Temas em Saúde

Índice

Artigos	4
Papilomavirus humano: percepção de vacinadoras acerca da resistência à vacina.....	4
Motivos que influenciam as mulheres a não realizar o exame preventivo citológico papanicolaou na prevenção do câncer do colo do útero.....	19
Prevalência e fatores de risco da hipertensão em gestantes da cidade de Itaporanga-PB	44
Avaliação do perfil hematológico com trabalhadores de postos de combustíveis expostos ao benzeno na cidade de São José do Egito – PE.....	56
Assistência no pré-natal realizada pelo enfermeiro	77
Incidência de sífilis em gestantes na cidade de Pombal-PB.....	92
Atendimento de enfermagem a vítimas de politraumatismo.....	103
Atuação do enfermeiro em unidades básicas de saúde: análise de fatores intervenientes	122
Diabetes mellitus: dificuldades de portadores à adesão e dieta	157
Prevalência de HIV em indivíduos residentes na cidade de Patos-PB que buscam o Centro de Testagem e Acompanhamento (CTA) no período de 2011 a 2014.....	176
Prevalência de parasitas em crianças de creche pública localizada no município de Brejinho, Pernambuco	188
Atribuições e contribuições do enfermeiro do trabalho na orientação e prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais	198
Principais não conformidades nas cozinhas hospitalares	213



Artigo

**PAPILOMAVIRUS HUMANO: PERCEÇÃO DE VACINADORAS ACERCA
DA RESISTÊNCIA À VACINA**

**HPV: PERCEPTION OF VACCINATORS ABOUT THE VACCINE
RESISTANCE**

Adriana Fragoso de Carvalho¹
Malba Gean Rodrigues de Amorim²
Denisy Dantas Melquíades Azevedo³
Juliane de Oliveira Costa Nobre⁴

RESUMO: O papilomavirus humano é um vírus que causa uma doença sexualmente transmissível, causando danos à saúde da mulher, sua transmissão ocorre pelo contato direto com a pele ou mucosas infectadas através da relação sexual. Este estudo teve como objetivo: investigar a percepção das vacinadoras acerca da resistência de adolescentes em aceitarem a vacina desse vírus. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantiquantitativa, realizado com técnicas de enfermagem (vacinadoras), no município de Patos/PB. Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro elaborado em articulação com os objetivos do estudo aplicado em forma de entrevista. Através desta pesquisa identificamos a importância do profissional de enfermagem no decorrer desse processo aplicando o diálogo como uma das essenciais ferramentas de aproximação, atentando para os medos e ansiedades vivenciadas durante a vacinação, contribuindo assim para a qualidade e a adesão da resistência desse público. Os resultados apontam que todas as profissionais envolvidas no estudo possuem treinamento em sala de vacina, informam que a cobertura vacinal para o papilomavirus humano não atingiu a meta.

¹ Graduanda do curso Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: adrifipatos@hotmail.com.

² Médica Veterinária. Doutora em Medicina Veterinária e Docente do Curso de Bacharelado de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

³ Enfermeira, Especialista em UTI e Enfermagem do Trabalho e Mestranda em Ciências da Saúde.

⁴ Enfermeira, Especialista em Saúde da família e Saúde Pública, Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.



UNITERMOS: Atenção primária; papillomavírus humano; vacinação ativa.

SUMMARY: HPV is a virus that causes a sexually transmitted disease, causing damage to women's health, their transmission occurs by direct contact with the skin or mucous membranes are infected through sexual intercourse. The study aimed to: investigate the perception of Vaccinators about the resilience of adolescents in accepting the HPV vaccine. This is a descriptive study with PN approach, conducted with nursing techniques (Vaccinators), in the municipality of Patos - PB. For the collection of data using a script prepared in conjunction with the objectives of the study applied in the form of interview. Through this research we identified the importance of professional nursing in the course of this process using the dialogue as one of the essential tools of approach, paying attention to the fear and anxiety experienced during vaccination, thereby contributing to the quality and resistance of this audience's membership. The results indicate that all professionals involved in the study have training in vaccine, reporting that for HPV vaccination coverage has not reached the goal.

KEYWORDS: Primary health care; Human papillomavírus; Active vaccination.

INTRODUÇÃO

Entende-se que o HPV é uma doença sexualmente transmissível causada por um tipo de vírus, provocando danos à saúde da mulher, atualmente as adolescentes resistem à vacinação contra o agente, seria relevante o uso de preservativos como meio de se evitar a contaminação.

O HPV é um vírus transmitido pelo contato direto com pele ou mucosas infectadas através da relação sexual. Também pode ser transmitido de mãe para filho no estágio do parto. Segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde - OMS (2014), 290 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, 32% estão infectadas pelos tipos 16, 18 ou ambos, presentes em 70% dos casos do câncer do colo do útero (BRASIL, 2014).



A infecção causada pelo HPV pode vir a afetar em qualquer estágio da vida, sendo que é mais frequente entre adolescentes com vida sexual ativa entre 15 e 29 anos de idade. A irradiação da infecção genital se dá pelo contato epitélio/epitélio, onde o ponto primário da infecção genital é formado pelas células da camada basal, sendo vulnerável por conceder a entrada do vírus, ocorrendo a proliferação do DNA celular e não existirá a replicação independente do vírus. O HPV é um vírus não envelopado, não existindo membrana ou elemento lipídico. O cromossomo do HPV dispõe de uma molécula de DNA de dupla hélice circular e fechada (TAVARES, MARINHO, 2012).

Devido ao início precoce da relação sexual, houve uma alta vulnerabilidade das adolescentes em relação ao câncer de colo do útero e também o aumento da contaminação pelo HPV, por falta de informações sobre esta doença, onde muitas adolescentes mostram resistência ao fazer o exame citológico (DE PALO; VECCHIONE, 2009).

A medida de prevenção segura para se evitar a contaminação pelo HPV é através de preservativos, ou até mesmo pela abstinência sexual, sendo que os preservativos não asseguram total proteção, podendo assim o vírus do HPV ser transmitido sem a penetração da ação sexual. A vacinação é importante para aquelas pessoas que ainda não contraíram a doença, tendo como objetivo impedir o aumento da infecção pelo HPV (WEAVER, 2006).

Em março de 2014, o calendário Nacional de Vacinação constituiu a implantação da vacina contra o HPV, entretanto está sendo fornecido de forma gradual, compreende-se que é uma vacina de custo muito elevado, o público alvo são meninas de 9 a 13 anos, pois garante maior eficácia antes da primeira relação sexual, sendo assim, no ano de 2014 foi oferecida para adolescente de 11 a 13 anos, 11 meses e 29 dias de idade, em 2015 está sendo proporcionada para meninas de 9 a 11 anos, 11 meses e 29 dias de idade e em 2016, para meninas de 9 anos (BRASIL, 2015).

Em virtude da importância do câncer do colo uterino e de uma baixa cobertura vacinal para o vírus HPV em adolescentes surgiu o problema desta pesquisa: Por que as



adolescentes resistem à imunização pelo vírus HPV na visão das vacinadoras? As adolescentes são conscientes da importância dessa vacina para sua saúde?

Investigando assim os fatores que influenciam na resistência das adolescentes à vacinação e também averiguar a percepção das vacinadoras acerca da resistência à vacinação.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo descritivo com abordagem quantiqualitativa, realizado em 38 unidades de saúde pertencentes a Estratégia de saúde da Família no município de Patos/PB. A população do estudo foi composta por 38 técnicos de enfermagem (vacinadoras), onde foram selecionados 33 sujeitos, após aplicação dos seguintes critérios de inclusão: ter idade maior que dezoito (18) anos, aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012);. A coleta de dados foi no período de Agosto a Setembro de 2015.

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro previamente elaborado em articulação com os objetivos do estudo contendo perguntas objetivas, aplicado em forma de entrevista com duração de 10 minutos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que garante o anonimato e sigilo das informações.

Depois que os sujeitos da pesquisa responderam ao questionário, estes foram traçados estatisticamente e analisados quantitativamente sendo apresentados através de tabelas e gráficos, de acordo com as respostas, e posteriormente acompanhados de análises e discussões dos resultados.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

TABELA 1 Caracterização da Amostra de acordo com os dados sociodemográficos.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	£	%
Sexo	Masculino	-	-
	Feminino	33	100
Faixa etária	18 a 29	05	15
	30 a 39	20	60
	40 a 49	05	15
	50 a 59	03	09
Estado Civil	Casado (a)	18	54
	Solteiro (a)	10	30
	Divorciado (a)	04	12
	Outros	01	03
Escolaridade	Ens. Médio/técnico Completo	16	48
	Ens. Superior Incompleto	05	15
	Ens. Superior Completo	12	36
TOTAL		33	100

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2015.

A tabela número 1 demonstra que o sexo predominante foi o feminino, no total de 33 (100%) vacinadoras, (técnicas de enfermagem). Observa-se que neste estudo toda a amostra foi do sexo feminino.

Em algumas profissões, é comum observar um processo de feminilização, quando a participação feminina chega a ultrapassar 90%. E a enfermagem é uma das carreiras com prevalência de profissionais do sexo feminino, não raro uma equipe de enfermagem é formada integralmente por mulheres. Com isso, um novo cenário vem sendo



caracterizado, as pesquisas demonstram que há crescente presença do contingente masculino na enfermagem, uma tendência que, aparentemente, veio para ficar (MACHADO, 2012).

Assim, observa-se que as vacinadoras da faixa etária de 30 a 39 anos compõem 60% da amostra, representando a maioria, o que deixa claro que essa é a fase em que o indivíduo se encontra na etapa mais produtiva de sua vida.

De acordo com XIMENES NETO (2008), ao avaliarem a faixa etária dos profissionais verificaram que, em seu estudo, 36% dos profissionais possuíam entre 39 a 48 anos. Esses dados corroboram com os dados acima.

Quanto ao estado civil das mesmas, constatou-se que as casadas representavam a sua grande maioria, 18 sujeitos da amostra, ou seja, (54%).

De acordo com NASCIMENTO e MENDES (2002), é importante identificar o perfil dos trabalhadores inseridos na saúde, pois esses dados podem influenciar no comportamento e atitudes destes profissionais. A fim de traçar o perfil destes profissionais os autores citados acima, realizaram um estudo com colaboradores da área da saúde, neste estudo os autores, verificaram que 72,8% dos entrevistados viviam com algum companheiro. Os autores ressaltam ainda a necessidade de compreender a realidade e cotidiano destes profissionais, pois essa mesma realidade vivenciada pelos profissionais, pode interferir tanto de forma positiva quanto de forma negativa na vida destes e também na vida dos usuários.

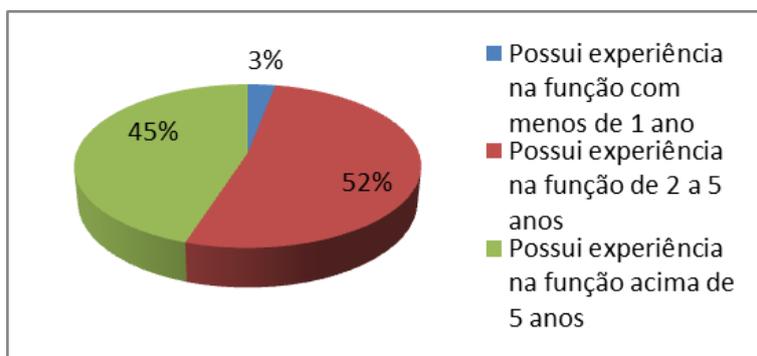
A tabela demonstra que dos sujeitos da pesquisa, a maioria possui nível médio/técnico, 48% que compõem o total, o que fica evidente que apenas 36% apresentava o ensino superior.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2011), indica que as maiores ocasiões de emprego, está reservado aos trabalhadores com mais escolaridade, onde se torna mais difícil as chances de emprego para os trabalhadores com menos escolaridade.



Caracteriza-se com essa circunstância o aumento em escala global, a utilização da força de trabalho feminina o que leva as diversidades das relações entre gênero e classe. Na segmentação sexual do trabalho, o que se deduz que o homem é mais remunerado financeiramente do que a mulher, (ANTUNES, 2001).

Gráfico 1 – Distribuição dos profissionais quanto ao tempo de experiência na função.



Fonte: Pesquisa direta, 2015.

O gráfico número 1, revela que 1 vacinadora(técnico de enfermagem), 3%, possui experiência na função com menos de um ano, 17, 52%, de dois a cinco anos de experiência, e 15, 45% acima de cinco anos de experiência na função. O tempo de experiência na função pode favorecer um vínculo com a comunidade e um amplo saber acerca dos programas das Estratégias de Saúde da Família, e ainda conhecimento da região, facilitando assim o acesso ao público, pois esse tempo gera uma certa confiança.

Grande parte das vacinadoras trabalham há mais de dois anos em sala de vacina, o que deduz maior experiência profissional. Relacionado a isso o ativo relato dos vacinadores de que receberam capacitação específica em sala de vacinação, o que preconiza profissionais mais capacitados. Evidencia-se a relevância da educação continuada em sala de vacina já que novas vacinas são adicionadas, novos conhecimentos



somados, sendo de fundamental importância a capacitação na prática do dia a dia das salas de vacina.

Espera-se que as atividades de qualificação dos profissionais devem acontecer periodicamente, determinando maior qualificação e motivação, tal como, perspectiva para contribuir com a tomada de decisões e nos resultados da unidade, e assim, fazer o uso de todas as habilidades e potencial dos profissionais da equipe. (FERREIRA., et al, 2009).

Todos os técnicos de enfermagem, 33 sujeitos, ou seja, 100% da amostra, possuem curso de sala de vacina. Os imunobiológicos requerem muita atenção e habilidade, portanto é de fundamental importância que estes profissionais estejam aptos para manusearem essas vacinas.

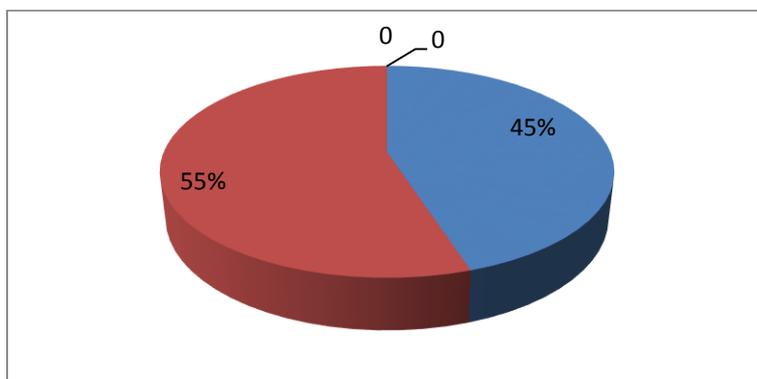
O PNI recomenda que os procedimentos em sala de vacina sejam desenvolvidas pela equipe de enfermagem totalmente capacitadas, incluindo conservação e administração dos imunobiológicos. A equipe geralmente é formada por dois técnicos ou auxiliares de enfermagem, e um enfermeiro cuja atribuição será de supervisionar as ações relacionadas à sala de vacina e também pela educação permanente da equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

De acordo com as entrevistadas, 33 vacinadoras, 100%, procuram se capacitar sempre nessa área. É muito importante que os profissionais de saúde procurem sempre se atualizar, principalmente em sala de vacina, onde sempre há novidades à cerca dos imunobiológicos.

O enfermeiro é responsável pela capacitação do profissional na sala de vacina, contudo inclui a recepção da criança ou adolescente, sua administração desenvolvida dentro dos padrões técnicos de acordo com o PNI, e ainda deixar claro quanto às contraindicações, bem como as reações adversas. E o enfermeiro é responsável por essas intervenções assegurando a eficácia do método de imunização do público. (PEREIRA, 2007).



Gráfico 2 Distribuição da cobertura vacinal na campanha de imunização contra o vírus HPV



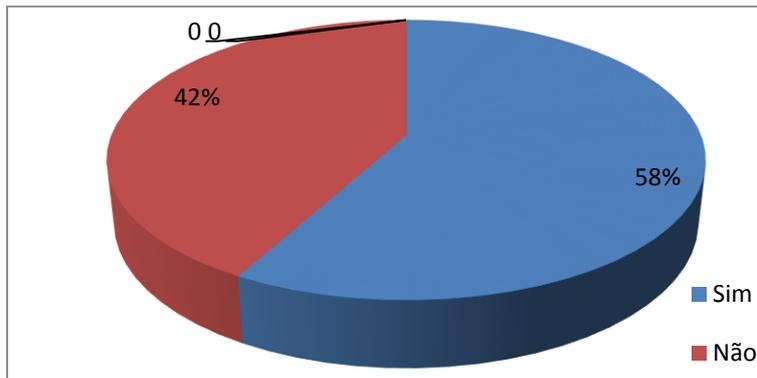
Fonte: Pesquisa direta, 2015.

O gráfico número 2 revela que 55% da distribuição da vacina não atingiu a meta, pois muitas adolescentes e também os pais não tem informações precisas quanto a sua importância e os riscos que esta doença pode vir a desencadear, outras adolescentes associam a resistência com o procedimento da aplicabilidade, pelo fato de sentirem dor, ou de certas reações advindas da vacina; o medo devido os efeitos adversos é avaliado como um obstáculo à vacinação e pode ser também uma explicação à baixa aderência às recomendações da execução da vacina papillomavírus humanos. Os pais também associam a vacina como incentivo ao estímulo precoce da atividade sexual, onde é obvio e evidente que é puro mito.

A meta estabelecida pelo MS é vacinar 80% do publico alvo, ou seja, 12 milhões de doses devem ser aplicadas em 2014 e ampliará em 2015, podendo atenuar as doses a cada ano, devido boa parte dos adolescentes já estarem sendo imunizadas (BRASIL, 2013).



Gráfico 3 – Distribuição quanto ao seguinte questionamento: Para você as adolescentes que procuram a unidade para se vacinarem são conscientes acerca da importância da mesma?



Fonte: Pesquisa direta, 2015.

O gráfico número 3 revela que 58% das adolescentes são conscientes quanto à importância da vacinação.

Diante desta perspectiva a mídia assume importante papel na sociedade, pois a mesma atualmente está fazendo uso de propagandas direcionadas à saúde, e especificamente das vacinas, através internet, propagandas, TVs e revistas. Para se ter consciência do procedimento se faz necessário, palestras principalmente nas escolas e na comunidade, para que diminua o constrangimento por parte das mesmas.

A equipe de saúde deve colaborar para que as adolescentes assumam de forma gradual, responsabilidades relacionadas à suas condutas frente à saúde. Portanto, é imprescindível discutir sem constrangimento e preocupações ou problemas de saúde (PRAZERES, 2005).

Em geral, com a inclusão das vacinas anti-HPV compreende a necessidade da realização de programas de educação do público sobre a doença, com grandes medidas de conscientização e aceitabilidade, fazendo diminuir a infecção e conquistando a



confiabilidade para vacinar as adolescentes antes de iniciar a sua vida sexual. (ROSENBLANT et al.,2005).

Respostas dadas de acordo com o conhecimento das vacinadoras (técnico de enfermagem):

<p>Para você por que ainda há resistência quanto à imunização por parte deste público?</p>	<p>09 sujeitos: “Falta de conscientização e informação das adolescentes”;</p> <p>04 sujeitos: “Os pais acham que a vacinação induz ao sexo”;</p> <p>03 sujeitos: “Por medo de sentir dor na hora da aplicabilidade”;</p>
<p>No seu ponto de vista o que poderia ser feito para que a não adesão à imunização fosse superada?</p>	<p>05 sujeitos: “Através da mídia ligada à faixa etária”;</p> <p>07 sujeitos: “Palestras com a comunidade e conscientização por parte dos pais”;</p> <p>03 sujeitos: “Conscientização por parte dos pais”.</p>

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

De acordo com o quadro a maioria das vacinadoras relatou que não atingiu a meta, pois muitas adolescentes e também os pais não tem informações precisas quanto à sua importância e os riscos que esta doença pode vir a desencadear, em segundo plano, 4 delas responderam que os pais acham uma forma de incentivo ao sexo; outras adolescentes



associam a resistência com o procedimento da aplicabilidade, pelo fato de sentirem dor ou até mesmo de certas reações.

Uma boa conduta de acordo com a resposta dada, 07 vacinadoras afirma que o uso de palestras nas comunidades e em escolas com o programa PSE, seria imprescindível, pois aumentaria o índice de adolescentes imunizadas, para que se houvesse êxito na vacinação seria de suma importância o uso da mídia, havendo assim uma conscientização da própria família, e que as unidades de saúde juntamente com os profissionais da área se conectem, gerando uma mobilização onde proporcionará portanto uma boa educação de como prevenir tal doença.

Outro ponto que envolve a vacina do HPV é a sexualidade. Por ser uma vacina que protege contra um vírus que é transmitido sexualmente, alguns pais veem a aplicabilidade da referida vacina como um ponto de partida ao sexo precoce. Trabalhos demonstram que isso não sucede (MAYHEW *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contágio pelo HPV é considerado um grave problema de saúde pública, constituindo a DST mais comum no mundo atual, atribuindo relação direta com o desenvolvimento do câncer de colo de útero, que por sua vez é uma das fundamentais apreensões relacionadas à saúde da mulher.

Diante da análise de dados, observamos que as vacinadoras percebem algum conhecimento por parte das adolescentes sobre a importância da vacinação, para com o vírus HPV, como estratégia de saúde.

A pesquisa propõe que as vacinadoras (técnicos de enfermagem), tem um papel fundamental nas campanhas contra o HPV, desenvolvendo assim como: ações, promoção e prevenção, cuidando individualmente da família e comunidade, informando e



detectando os fatores de risco aos quais os indivíduos estão submetidos para o aumento da cobertura vacinal.

REFERÊNCIAS

ANTUNES R. As formas de violência no trabalho e seus significados. In: Silva JF, Lima RB de & Dal Rosso, S, organizadores. **Violência e Trabalho no Brasil**. Goiânia: Ed. Da UFG; Brasília: MNDH, 2001. p.20.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692006000400008. Acesso em: novembro, 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vacina contra o HPV no Brasil**. Vacinação contra o HPV no SUS. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF>. Acesso em: maio, 2015.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. (Res. CNS 466/2012 e outros). Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.udesc.br/?id=677>. Acesso em: novembro, 2015.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação-geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico da Vacina Papilomavírus Humano 6, 11,16 e 18 (recombinante)**. Brasília. 2015. Disponível em: <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&ie=UFT>. Acesso em: novembro, 2015.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. Coordenação geral do Programa de Nacional de Imunizações. **Informe técnico sobre a vacina contra o papiloma vírus humano (HPV)**. Brasília: Dez 2013.
http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/imuni/pdf/HPV14_INFORME_TECNICO.pdf. Acesso em: novembro, 2015.



_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem-PROFAE. **Sinais de mercado de trabalho do pessoal de enfermagem no Brasil**. Formação 2001; 1(1):47-72. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf. Acesso em: outubro, 2015.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF):MinistériodaSaúde,2011.http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0940_04_09_2012.html. Acesso em: novembro, 2015.

DE PALO, G;VECCHIONE, A. Neoplasia intra-epitelial do colo uterino. In: _____ Colposcopia e Patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro. 3ª ed. Editora **MEDSI**, 2009. p 223-39. <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&ie=UTF-8&rct=j>. Acesso em: maio, 2015.

FERREIRA JCOA, KURCGANT P. Directors of nursing point of view of the Professional capacitating program for nurses working in major teaching medical centers. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009. Disponível em: <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&ie=UTF-> Acesso em: novembro, 2015.

MAYHEW A, et al. Risk perceptions and subsequent sexual behaviors after HPV vaccination in adolescents. **Pediatrics**. 2014 Mar; 133(3):404-11.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24488747>. Acesso em outubro, 2015.

MACHADO MH, Vieira ALS, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. **Revista Enfermagem em Foco** [serial on the internet]. 2012 July [cited 2015 Apr 20]; 3(3):119-22. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156> <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/607>. Acesso em: outubro, 2015.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira, MENDES, Iranilde José Messias, Perfil de Saúde dos Trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola, **Rev Latino- Am Enfermagem**, 2002. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400006. Acesso novembro,2015.



PEREIRA, Maria Aparecida Diniz, BARBOSA, Sandra R. de Souza. O Cuidar de Enfermagem na Imunização: os mitos e verdade. Rev. Meio Amb. Saúde 2007; 2(1): 76-

88. <[http://www.faculdededofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20\(1\)%2076-88..pdf](http://www.faculdededofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20(1)%2076-88..pdf)>

acessos em 03 set. 2010. Acesso em: novembro, 2015.

PRAZERES, V. (2005). **Saúde dos adolescentes- princípios de orientação**. Direcção geral de saúde. Disponível em: <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&ie=UTF->. Acesso em: novembro, 2015.

ROSENBLATT, C. et al. HPV na prática clínica. São Paulo, SP: **Atheneu**, 2005.

Disponível em: <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&ie=UTF->. Acesso em: novembro, 2015.

TAVARES, W; MARINHO, L. A. C. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias, 3ª ed. P. 618; **Revisada e Ampliada**, 2012. Acesso em: maio, 2015.

WEAVER B. A. Epidemiology and natural history of genital human papillomavirus infection. The Journal of the American Osteopathic Association. v. 106 (3) S. (1), p. 2-8, 2006. Disponível em: <http://www.cceursos.com.br/img/resumos/citologia/flavia-fabianny-b-araujo.pdf>. Acesso em: Março de 2015.

XIMENES NETO FRG, COSTA MCF, Rocha J, Cunha ICKO. Auxiliares e técnicos de enfermagem na Saúde da Família: perfil sociodemográfico e necessidades de qualificação. **Trabalho, educação e saúde (Online)**, 2008; 6:51-64. http://www.faculdadesmontenegro.edu.br/Enfermagem_2012.pdf. Acesso em: outubro, 2015.



Artigo

**MOTIVOS QUE INFLUENCIAM AS MULHERES A NÃO REALIZAR O
EXAME PREVENTIVO CITOLÓGICO PAPANICOLAOU NA PREVENÇÃO
DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

**REASONS INFLUENCING WOMEN NOT TO PERFORM PREVENTIVE PAP
PAP SMEARS TO PREVENT CERVICAL CANCER**

Rosileide de Medeiros¹
Alanna Michely Batista de Moraes²

RESUMO – O câncer do colo do útero vem sendo identificado como um dos mais frequentes entre as mulheres brasileiras. Torna-se relevante identificar precocemente as lesões precursoras do câncer do colo do útero, já que o papilomavírus humano (HPV) é o principal agente etiológico para este tipo de câncer, sendo considerado um grave problema de saúde pública. O exame citológico Papanicolaou, é um dos principais meios de rastreamento utilizados na identificação dessa doença, e tem como objetivo principal, prevenir e detectar alterações anormais das células em fase inicial. Portando essas alterações pode desencadear o desenvolvimento do câncer cervical, e quando diagnosticada precocemente há quase 100% de cura. O exame preventivo também tem contribuído para diminuir a evolução do câncer cervical como também as taxas de incidência e mortalidade. Este estudo teve como objetivo principal avaliar através de um questionário individual e anônimo o conhecimento das mulheres em relação ao exame preventivo papanicolaou, câncer do colo do útero e HPV. E os motivos que influenciam determinadas mulheres em não realizar o exame e respeitarem o tempo estipulado para os próximos exames, a pesquisa foi realizada entre as alunas dos cursos de psicologia e nutrição das faculdades integradas de Patos FIP, com o intuito de identificar os principais fatores culturais, sociais, econômicos, sexuais e reprodutivos, e analisar uma possível associação dessas variáveis, com o conhecimento dessas mulheres em relação ao exame e os benefícios proporcionados na saúde da mulher.

¹ Formanda do curso bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos

² Professora Especialista. E-mail: alannamichely@yahoo.com.br



Palavras-chave: Câncer do colo do útero. Exame citológico. Papilomavírus humano (HPV).

ABSTRACT – Cervical cancer has been identified as one of the most frequent among Brazilian women. It is relevant to early detection of precursor lesions of cervical cancer, as the human papillomavirus (HPV) is the main etiological agent for this type of cancer and is considered a serious public health problem. The Papanicolaou cytology, is one of the tracking methods used in identifying the disease, and aims to prevent and detect abnormal changes in the cells do initial. Porting those changes may trigger the development of cervical cancer, when diagnosed early and nearly 100% cure. The Pap smear has also contributed to slowing down the spread of cervical cancer as well as the incidence and mortality rates. This study aimed to evaluate through an individual and anonymous questionnaire knowledge of women regarding papanicolaou Pap smear, cervical cancer of the uterus and HPV. And the reasons that influence certain women not to take the examination and respect the stipulated time for the next exams, the survey was conducted among the students of psychology courses and nutrition of integrated colleges of FIP ducks, in order to identify the main factors cultural, social, economic, sexual and reproductive, and analyze a possible association of these variables with the knowledge of these women in relation to the examination and the benefits provided in women's health.

Keywords: Cervical cancer. Cytological examination. Human papillomavirus (HPV).

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero também chamado de cervical é uma doença silenciosa, que frequentemente não apresenta sintomas até se encontrar em um estágio mais avançado. É o terceiro tumor mais freqüente que acomete, sobretudo mulheres, ficando atrás apenas do câncer de mama e do colorretal, como também é a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, por ano acomete cerca de 5.160 vitimas fatais e apresenta uma estimativa de novos casos de 15.590 em 2014, com um risco estimado de 15.33 casos a cada 100 mil mulheres, atualmente 44% dos casos diagnosticados no país



Motivos que influenciam as mulheres a não realizar o exame preventivo citológico papanicolaou na prevenção do câncer do colo do útero

Páginas 19 a 43

são de lesão localizada e in situ, precursora do câncer que ainda está restrita ao colo e não desenvolveu características de malignidade da doença. Porém nessa fase, poderá ser curada na quase totalidade dos casos, podendo ser detectada precocemente pelo rastreamento citológico em programas de saúde pública (INCA, 2014).

Segundo estudos epidemiológicos, mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero diagnosticados no Brasil, esta associado pela infecção do Papilomavírus humano (HPV), no qual essa associação vem sendo investigada há vários anos, portanto vem sendo comprovado que o HPV está presente em praticamente todos os casos de câncer do colo do útero especificamente (NICOLAU, 2003).

Além do HPV, outros fatores de risco também estão associados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero como: atividade sexual precoce, múltiplos parceiros, tabagismo, promiscuidade do parceiro sexual, uso de contraceptivos oral, imunossupressão ou imunodeficiência, doenças sexualmente transmissíveis (BURD, 2003; GROSS & BARRASCO, 1999).

O Papilomavírus humano (HPV) é um vírus pertencente à família Papillomaviridae, frequente nos humanos, possui DNA de fita dupla circular no seu genoma, é formado por 72 capsômeros apresentando forma icosaédrica e não é envelopado, capaz de provocar lesões na pele e mucosas, porém existe mais de 100 genótipos, onde cada tipo específico possui ações patogênicas e sítios de infecções diferentes, ou seja, nem todos irão causar o câncer do colo do útero (ICTV, 2003; BURD, 2003).

A infecção pelo Papilomavírus humano (HPV), geralmente ocorre pelo contato direto, normalmente o quadro é assintomático e pode ocorrer de três fases distintas como, latente, Clínica e subclínica, na maioria dos casos o desaparecimento do vírus ocorre de forma espontânea do local da infecção (ALVARENGA et al., 2000).



O câncer do colo do útero é considerado um problema de saúde pública, apresentando alto índice de mortalidade entre as mulheres em todo o mundo, principalmente nos países que ainda estão em desenvolvimento ou que possui uma incidência bem mais elevada, que os países mais desenvolvidos, portanto a taxa de mortalidade pelo câncer do colo do útero no Brasil é considerada muito elevada. No qual sua prevalência vem crescendo esporadicamente (INCA, 2011).

O câncer do colo uterino pode ser prevenido através do exame papanicolaou, que serve para diagnosticar lesões precursoras, infecções por HPV, inflamações, doenças sexualmente transmissíveis etc. Portanto possibilitando grandes chances de cura ao paciente, porém é o exame preventivo mais utilizado para diagnóstico de câncer cervical, que se resume em encontrar células atípicas, em raspado das regiões do colo do útero, portanto é através desse exame preventivo que a paciente recebe um diagnóstico precoce, e no qual evita adquirir o câncer uterino (PASSOS, 2006).

Existe uma grande associação entre o HPV e o câncer do colo do útero, nenhum outro tipo de câncer humano apresenta uma correlação tão grande, porém para haver uma infecção persistente com tipos de HPV oncogênicos, é necessário que haja o desenvolvimento do câncer no colo do útero, ou seja, que ocorram alterações anormais das células, no qual se haver uma prevenção adequada diminui as chances de infecções por esses tipos de HPV, podendo reduzir de forma significativa o número de casos (HARPER et al., 2004).

O controle do câncer do colo do útero continua sendo o através do rastreamento. Mais é fundamental que os serviços de saúde pública, orientem a população sobre a importância do exame preventivo, O Instituto Nacional do Câncer tem realizado diversas campanhas educativas para incentivar o exame preventivo tanto voltadas para a população quanto para os profissionais de saúde. O Brasil foi um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia de Papanicolaou para detecção precoce do câncer de colo



uterino, esta doença continua sendo um sério problema de saúde pública no nosso País (QUEIROZ, 2007).

A presente pesquisa teve como objetivo principal avaliar o conhecimento e os motivos que influenciam determinadas mulheres a não procurar um ginecologista e realizar o exame preventivo papanicolaou para se prevenir contra o câncer do colo do útero. Portanto com o desenvolvimento dessa pesquisa podemos contribuir na conscientização dessas mulheres na adesão da realização do exame preventivo.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva no qual foi utilizados questionários como coleta de dados, para obter informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa, foram aplicados 40 questionários contendo 20 perguntas direcionadas para identificar o conhecimento das mulheres em relação ao exame preventivo papanicolaou, câncer do colo do útero e HPV, e a aceitação das mesmas em relação aos métodos preventivos, e a influência dos profissionais de saúde na adesão dos mesmos. Os questionários foram aplicados após fornecer os esclarecimentos necessários sobre os objetivos da pesquisa e do sigilo profissional com as informações coletadas, respeitando a vontade das mulheres em participar.

A população pesquisada foi composta por estudantes do sexo feminino dos cursos de nutrição e psicologia das faculdades integradas de Patos-PB, e a amostragem foi composta pelas primeiras 40 voluntárias que aceitaram responder ao questionário que foi utilizado como instrumento de coleta de dados, correspondendo a 100% do total proposto.

A pesquisa teve como critérios de inclusão da amostra, alunas das faculdades integradas de patos FIP, com idade variante de 18 a 60 anos de idade, especificamente



estudantes dos cursos de psicologia e nutrição. Tivemos como critérios de exclusão alunas que estudava em instituição de ensino público, crianças e estudantes do sexo masculino.

Durante a realização deste trabalho de pesquisa houve um risco mínimo de ocorrer algum tipo de constrangimento durante a aplicação do questionário, em relação aos questionamentos apresentados sobre o auto cuidado com a saúde e a importância da prevenção do câncer do colo do útero através do exame papanicolaou, Risco este, que foi minimizado pela garantia do sigilo dos dados e anonimato dos participantes, pois os questionários foram aplicados por profissionais éticos e treinados. Porém, este estudo apresentou vários benefícios como a possibilidade de conhecer o perfil das estudantes universitárias que fizeram parte da pesquisa, além de avaliar o conhecimento das mesmas em relação as medidas de controle e prevenção para o câncer do colo do útero.

A coleta de dados necessária para a realização deste estudo foi obtida através de um questionário de pesquisa, que foi aplicado entre as estudantes das faculdades integradas de Patos-PB, especificamente dos cursos de nutrição e psicologia (APÊNDICE A), mediante uma assinatura, com termo de consentimento livre e esclarecido pela aluna - TCLE (APÊNDICE B), portanto o questionário entregue as entrevistadas foi de autoria da própria aluna pesquisadora, no qual não houve qualquer exposição ou identificação pessoal, sendo os dados quantitativos usados na elaboração desse TCC, no qual essa ação foi devidamente autorizada individualmente pelas alunas de nutrição e psicologia, que se disponibilizaram a colaborar com a pesquisa. As alunas foram orientadas a entregarem os instrumentos devidamente respondidos e dobrados em forma de envelope para aluna pesquisadora, que permaneceu no local até serem todos entregues, porém sem interferir nas respostas das entrevistadas onde não puderam solicitar auxílio de alguém para responder as questões ou levar para responder em casa. (APÊNDICE C).

Os dados obtidos foram analisados e apresentados em forma de tabela, gráficos e figuras, no qual foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2007, viabilizando uma



análise descritiva das respostas fornecidas, porém foram agrupados quantitativamente possibilitando um melhor confronto de dados obtidos com a literatura de saúde pública correlacionado com os dados coletados.

Este estudo foi conduzido ao comitê de Ética em pesquisa, analisado e aprovado com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisas que envolvem seres humanos, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (FONTINELE, 2003).

A coleta de dados foi autorizada e concedida conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Onde os sujeitos do estudo foram assegurados à privacidade, o sigilo das respostas e o direito de recusar-se ou retirar-se a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade ou prejuízo. As estudantes participantes ajudaram através de informações importantes para ampliação do conhecimento científico em torno do tema pesquisado. Ressaltando que, todas as pessoas envolvidas na pesquisa assinaram o TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o indivíduo pesquisado e outra para o aluno pesquisador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal, conhecer através de um questionário descritivo e quantitativo motivos que influenciam determinadas mulheres em não realizar o exame preventivo papanicolaou na prevenção do câncer do colo do útero, Após aplicação de 40 questionários, entre as estudantes dos cursos de psicologia e nutrição das Faculdades Integradas de Patos FIP, foi realizada uma análise minuciosa das questões respondidas pelas alunas no qual buscando objetivo proposto em cada item. Com



a referida análise, verificou-se que dentre as 40 mulheres que responderam ao questionário, 24 tinha idade entre 18 e 20 anos, 11 idades entre 21 e 25 anos e 5 com idade entre 26 e 38 anos de idade, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 1 – Distribuição das Participantes da Pesquisa de Acordo com a Faixa Etária.

IDADE	NÚMERO	PORCENTAGEM
18 A 20 ANOS	24	9,6%
21 A 25 ANOS	11	4,4%
26 A 38 ANOS	5	2%

Fonte: Pesquisa realizada na cidade de Patos-PB, Faculdades Integradas de Patos FIP-2015

As mulheres que disponibilizaram participar da pesquisa voluntariamente é composta por uma população jovem, especificamente alunas com idade variante entre 18 e 25 anos de idade, conforme os dados apresentados, e apenas 2% das entrevistadas tem idade entre 26 e 38 anos, caracterizando um perfil jovial das participantes.

Tabela 2 - Distribuição da Pesquisa de Acordo com o Curso das Participantes.

CURSO	NÚMERO	PORCENTAGEM
PSICOLOGIA	20	8%
NUTRIÇÃO	20	8%

Fonte: Pesquisa realizada na cidade de Patos-PB, Faculdades Integradas de Patos FIP-2015.



A pesquisa foi realizada nas Faculdades Integradas de Patos FIP, especificamente entre as estudantes dos cursos de Psicologia e Nutrição. No qual foi entrevistadas 40 mulheres sendo divididas em partes iguais 20 para cada curso.

Tabela 3 - Distribuição das Participantes da Pesquisa de acordo com o Estado Civil.

RESPOSTAS	NÚMERO	PORCENTAGEM
SOLTEIRA	16	6.4%
CASADA	7	2.8%
VIÚVA	0	0%
SEPARADA	1	0,4%
NAMORANDO	16	6,4%

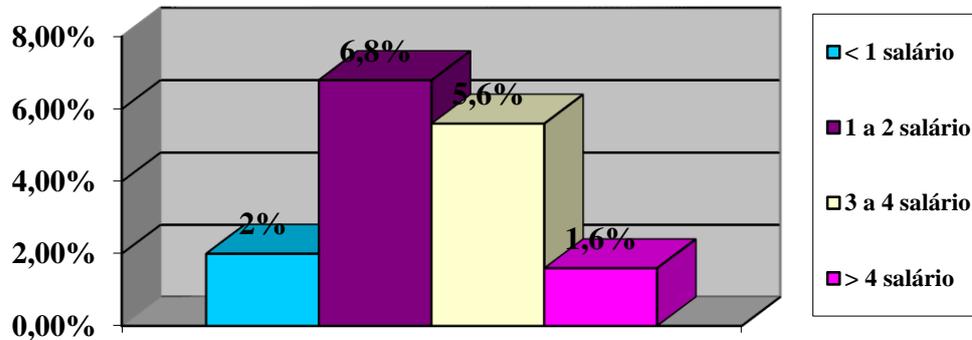
Fonte: Pesquisa realizada na cidade de Patos-PB, Faculdades Integradas de Patos FIP-2015.

De acordo com os dados obtidos na pesquisa, é possível observarmos na tabela acima que 6,4% das alunas entrevistadas eram solteiras, 6,4% estavam namorando, e apenas 2,8% era casada. Ambas não possuem ensino superior completo, portanto segundo alguns especialistas o nível de escolaridade pode contribuir com a falta de informações relacionadas aos métodos preventivos e cuidados com a saúde, fato esse que pode refletir diretamente na demanda pelos exames preventivos visando à prevenção do câncer do colo do útero.

Segundo Bezerra (2007). O grau de escolaridade é um elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.



Figura 1 - Distribuição das Participantes da Pesquisa de Acordo com a Renda Familiar.



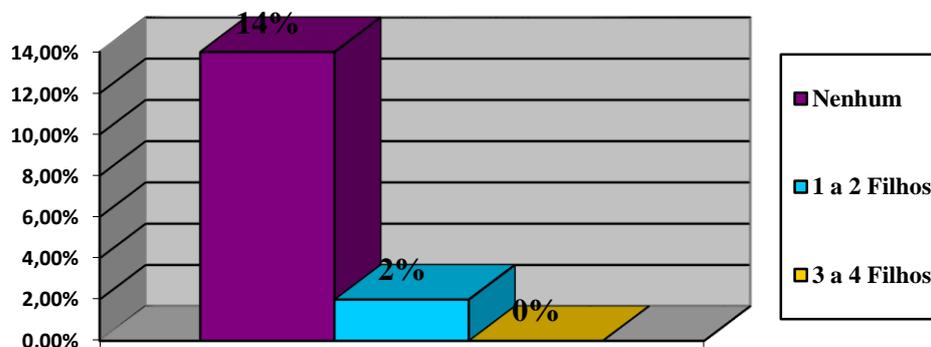
Fonte: próprio autor.

Em relação ao nível socioeconômico das alunas entrevistadas, analisando as informações fornecidas pelas mesmas, podemos observar que 6,8% possuem uma renda familiar de até 2 salários mínimos, 5,6% possuem renda de 3 a 4 salários, 1,6% maior que 4 salários e 2% possuem renda menos de 1 salário mínimo, segundo alguns estudos o baixo nível socioeconômico não potencializa só apenas os fatores de risco no desenvolvimento de doenças, mais também condições precárias de moradia, má alimentação etc. Contribuindo com a não adesão dessas mulheres as medidas preventivas como o exame papanicolaou (FRANÇA JUNIOR, 2003).

Praticamente em todas as regiões do mundo, o câncer do colo do útero apresenta características associada ao baixo nível socioeconômico, principalmente em grupos com maior vulnerabilidade social onde se concentram as maiores barreiras de acesso a rede de serviços públicos.



Figura 2 - Distribuição das Participantes da Pesquisa de acordo com Número de Gestações.

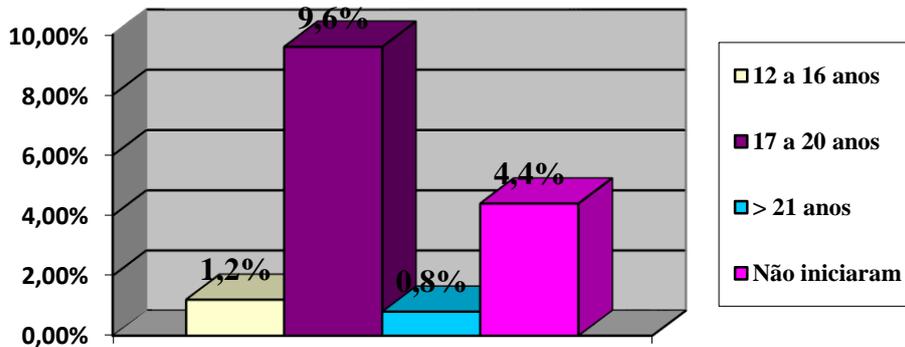


Fonte: próprio autor.

De acordo com o gráfico acima podemos identificar que aproximadamente 14% das estudantes entrevistadas não tem filhos, apenas 2% tem entre 1 e 2 filhos. Caracterizando baixo risco de contrair o câncer cervical através da gravidez precoce, já que a maioria das estudantes que não tem filhos tem idade variante dos 18 aos 25 anos de idade, segundo Halbe (2000), a multiparidade e partos antes dos 20 anos são fatores de risco importantes para o desenvolvimento do câncer do colo do útero.



Figura 3 – Distribuição das Participantes da Pesquisa em Relação a Idade da Primeira Atividade Sexual.



Fonte: próprio autor.

No gráfico acima observamos que 9,6% das alunas entrevistadas iniciaram suas atividades sexuais a partir dos 17 anos de idade. 0,8% acima dos 21 anos, 1,2% iniciaram entre 12 e 16 anos, e 4,4% das alunas relataram que ainda não iniciaram a vida sexual, diversos autores consideram que iniciar atividade sexual precoce antes dos 18 anos tem grandes chances de desenvolver o câncer do colo do útero, porque antes dos 18 anos a cérvix ainda não está completamente formada e os níveis hormonais estabilizados (BRASIL, 2002b).

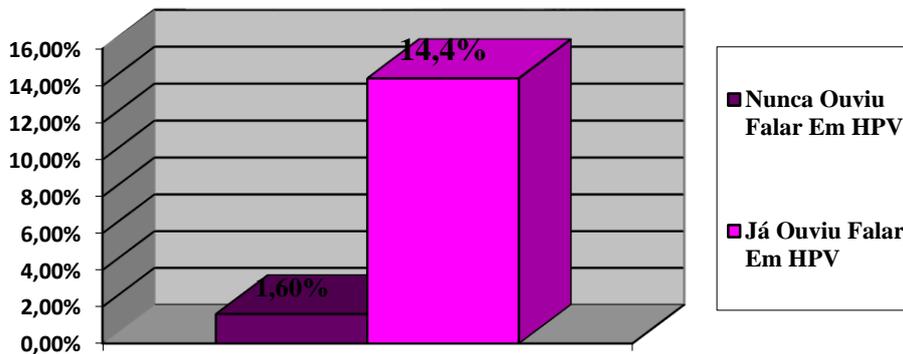
Portanto se deve a vulnerabilidade dessas mulheres jovens à infecção por doenças sexualmente transmissíveis, como infecções causadas pelo vírus do Papilomavírus humano HPV, que esta presente em praticamente todos os casos de câncer cervical no mundo.

As mulheres entrevistadas que fizeram parte da pesquisa, responderam que nunca tiveram nenhum tipo de doença sexualmente transmissível, mais ressaltaram a importância do cuidado com a saúde usando métodos que dificultem o desenvolvimento



dessa doença. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), o número estimado de infectados na faixa dos 15 aos 49 anos de idade é de 10 a 12 milhões de pessoas.

Figura 4 – Respostas das Mulheres entrevistadas quando questionadas sobre: Você já ouviu falar em HPV?

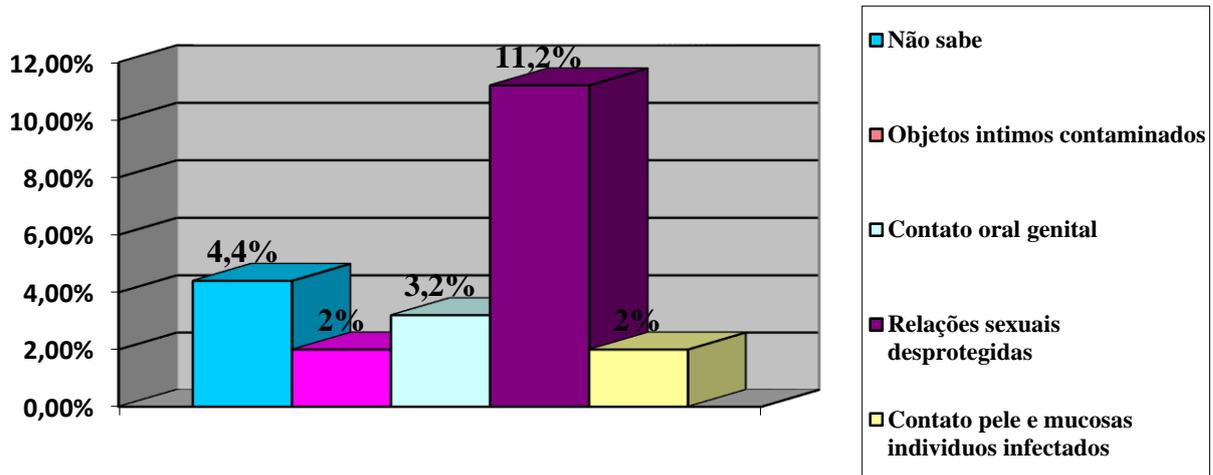


Fonte: próprio autor.

De acordo com os dados coletados da pesquisa 14,4% das alunas entrevistadas já ouviu falar do Papilomavírus humano HPV, segundo elas, as principais causas de mulheres infectadas pelo vírus e a falta de sexo seguro, sem o uso da camisinha, relações sexuais desprotegidas, múltiplos parceiros, promiscuidade, má higienização, contato com parceiros infectados pelo vírus, infecções mal tratadas, as mesmas relataram que o HPV é uma doença transmitida sexualmente e quando não tratada adequadamente com o passar dos anos pode desencadear para o câncer do colo do útero, apenas 1,6% das alunas entrevistadas nunca ouviu falar sobre esse vírus, e os prejuízos que ele pode causar na saúde da mulher.



Figura 5 – Respostas das Mulheres entrevistadas quando questionadas sobre: Como é transmitido o HPV?



Fonte: próprio autor.

Aproximadamente 11,2% das alunas entrevistadas relataram que o vírus do HPV é transmitido através de relações sexuais desprotegidas, 2% falaram que é através de objetos íntimos, 3,2% através do contato oral genital, 2% através do contato pele e mucosa de indivíduos infectados, e 4,4% das alunas responderam que não sabia como era transmitido o HPV, ressaltando a importância das unidades básicas de saúde promover mais informações a população no sentido de orientar sobre a prevenção e controle do câncer do colo do útero e outras doenças sexualmente transmissíveis.

No qual consiste orientação, prevenção, identificação e tratamento de homens e mulheres contaminados, pode ser feito através de consultas periódicas com urologistas e ginecologistas e dos exames mais simples como peniscopia (homem) e colposcopia (mulheres). 12,4% das alunas relataram a importância da vacinação contra o HPV, segundo elas é a forma mais eficiente de se proteger contra o câncer do colo de útero. Além da prevenção primária com o uso de preservativos. É importante seguir fazendo o



Motivos que influenciam as mulheres a não realizar o exame preventivo citológico papanicolaou na prevenção do câncer do colo do útero

exame preventivo (Papanicolau) na vida adulta (idade entre 25 e 64 anos). É a vacina está incluída no Calendário Nacional de Vacinação. Apenas 1,6% das alunas não conhecia ou não souberam falar sobre a vacina.

Tabela 4 – Respostas das Mulheres entrevistadas quando questionadas sobre: Quais são os fatores de risco que Você associa ao câncer do colo do útero?

Tabagismo	4,4%	Estresse Emocional	1,6%
Gravidez precoce	4,4%	Baixas Condições Socioeconômicas	1,2%
Múltiplos Parceiros Sexuais	10%	Uso Prolongado de contraceptivos orais	5,6%
Higiene Intima Inadequada	8,8%	Relações Sexuais Desprotegidas	13,2%

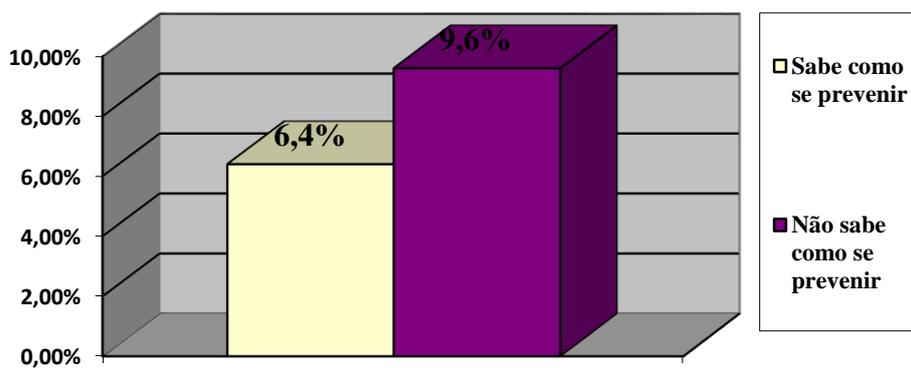
Fonte: Pesquisa realizada na cidade de Patos-PB, Faculdades Integradas de Patos FIP-2015.

Segundo Queiroz (2006), fator de risco é qualquer situação, hábitos, condições ambientais ou fisiológicas que aumentem a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo, quanto à doença ou a um estado não saudável. A presença de um fator de risco não significa que irá se desenvolver uma patologia, mas eles tornam um indivíduo bem mais susceptível para que isso ocorra, podemos observar na tabela acima que 13,2% das mulheres entrevistadas consideram que, além do vírus do HPV outros fatores também contribui como relações sexuais desprotegidas, além de múltiplos parceiros sexuais,



tabagismo, higiene íntima inadequada, gravidez precoce, uso prolongado de contraceptivos orais, baixas condições socioeconômicas entre outros fatores relacionados ao câncer do colo do útero.

Figura 6 – Respostas das Mulheres entrevistadas quando questionadas sobre a prevenção do câncer do colo do útero.



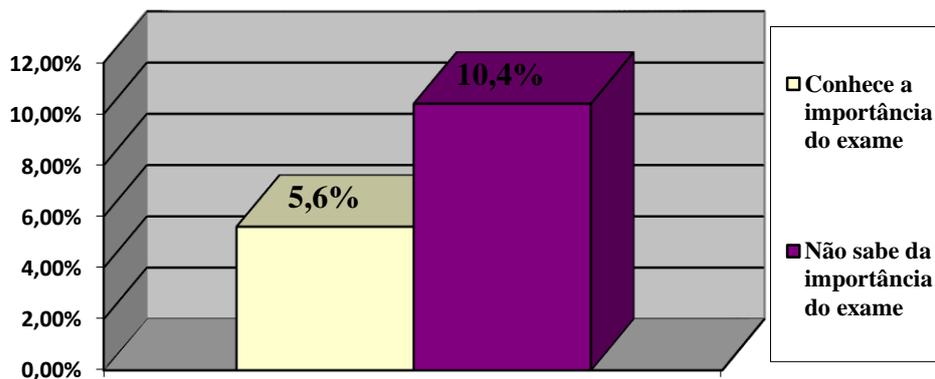
Fonte: próprio autor.

De acordo com os dados coletados a maioria das mulheres entrevistadas relatou a falta de conhecimento sobre a forma de prevenção, aproximadamente 9,6% das entrevistadas relataram não saber como se prevenir. E apenas 6,4% relataram que sabia como era feita a prevenção, entre as citações esta o exame papanicolaou, fazer o exame papanicolaou pelo menos uma vez ao ano como forma de rastreamento e prevenção do câncer do colo do útero, usar preservativo durante as relações sexuais, tomarem a vacina contra o HPV principalmente meninas antes de ter contato com o vírus, sexo seguro com o uso de camisinha, higiene íntima adequada, vacinação entre meninas de 9 a 13 anos de idade, não usar álcool. As mulheres quando relata fazer a “prevenção” estão se referindo ao exame Papanicolaou, demonstrando preocupação apenas com a prevenção



secundária na detecção precoce, aparecendo pouca referência a prevenção primária. Segundo Domingos, et al. (2007), a principal estratégia de prevenção primária da doença é o uso de preservativo durante as relações sexuais. A prevenção secundária é realizada por meio do exame preventivo Papanicolaou para detecção precoce da doença. Além do exame Papanicolaou outras formas de prevenção também são necessárias. Para a prevenção e controle do câncer do colo do útero. De acordo com Andrade (2001), a prevenção do câncer uterino baseia-se na educação sexual como parte importante da prevenção do carcinoma de colo uterino, orientando-se o uso correto de preservativos, desmotivando a promiscuidade sexual e o início precoce da atividade sexual.

Figura 7 – Respostas das Mulheres entrevistadas quando questionadas sobre: Você sabe a importância do exame papanicolaou?



Fonte: próprio autor.

Quando questionadas sobre a importância da realização do exame citológico Papanicolaou, grande parte das mulheres atribuíram importância ao exame, porém 10,4% relataram não saber da importância deste procedimento. E algumas alunas relataram que o exame é muito importante para prevenir e descobrir a doença, Prevenir o câncer do colo

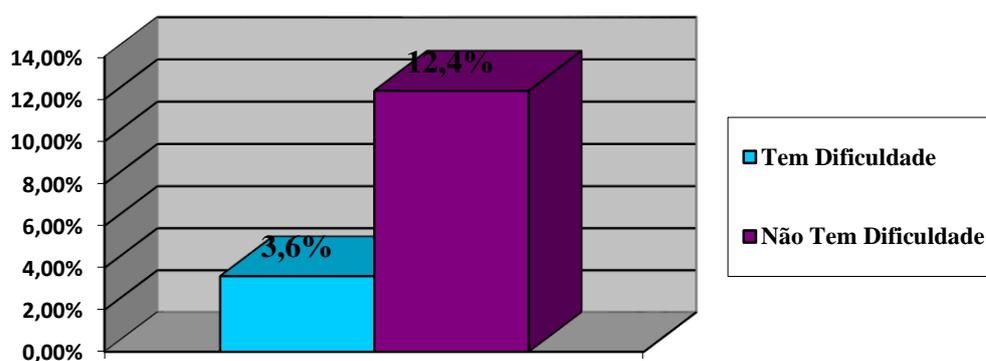


do útero, prevenir ou identificar alterações no colo do útero, é um método de prevenção no qual previne contra o câncer do colo do útero, serve para saber se está infectado ou não com algum tipo de doenças sexualmente transmissível, detectar possíveis alterações no colo do útero ou algum tipo de enfermidade.

De acordo com Pelloso, et al. (2004), apenas reconhecer a importância do exame não é o fator primordial ou decisivo que leva as mulheres a se submeterem a ele, é preciso uma disposição e uma convicção pessoal, uma vontade interior capaz de sobrepor a insegurança e outros bloqueios e que possibilite o ato voluntário de ir ao encontro da prevenção.

Por isso, a participação dos profissionais de saúde na atividade de informar e educar a comunidade para a saúde mostra-se extremamente importante. As ações educativas devem ter um cunho pessoal, envolvente e comprometido, para serem eficazes e provocadoras de mudança de atitudes.

Figura 8 – Respostas das Mulheres entrevistadas quando questionadas sobre: Você tem algum tipo de dificuldade na realização do exame preventivo?



Fonte: próprio autor.

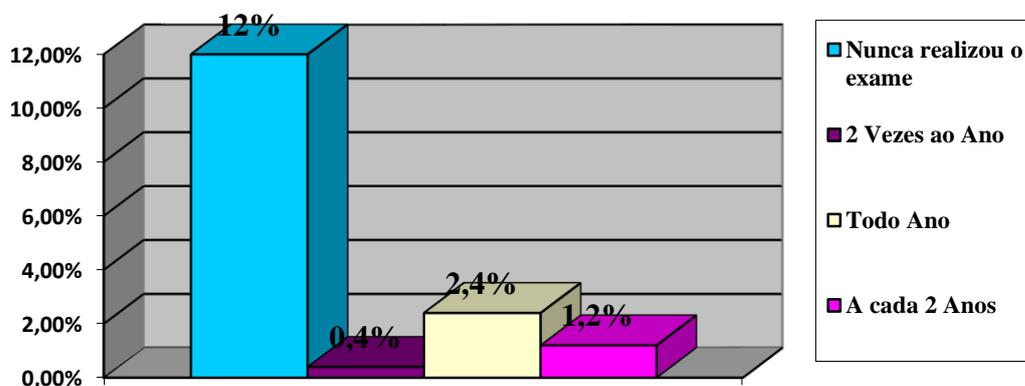


Em relação às dificuldades relatadas pelas mulheres entrevistadas sobre a realização do exame papanicolaou, apenas 3,6% relataram sentir algum tipo de dificuldade, já 12,4% das alunas falaram que não sentia nenhum tipo de dificuldade, o maior sentimento percebido entre as alunas em relação ao exame foi a vergonha durante o procedimento, desconforto durante a posição ginecológica, medo do resultado do exame, não estar doente ou não apresentar nenhuma sintomatologia, algumas mulheres relataram nunca ter realizado o exame preventivo, outras alunas falaram que não sabia do exame e nem conhecia a sua finalidade, demonstrando uma certa falta de conhecimento sobre a importância da realização deste procedimento.

Duavy, et al. (2007), em seu estudo, relata que as mulheres chegam ao Centro de Saúde com pouca informação sobre como é realizado o exame, e ao se colocar diante do profissional, a mulher se sente objeto de inspeção e associa a exposição da genitalia à sexualidade, daí o sentimento de vergonha em relação a ela. A falta de informação muitas vezes funciona como indutor de nervosismo, ansiedade e medo em relação ao exame, independente da idade. Invasão de privacidade e da integridade corporal. De acordo com Peloso, et al. (2004), esse sentimento de constrangimento e ansiedade, compromete o trabalho preventivo. No momento do exame, é quando o profissional de saúde parece não compreender a situação de quase abandono em que a mulher se encontra, encarando o evento como algo corriqueiro, cotidiano e sem importância.



Figura 9 – Respostas das Mulheres entrevistadas quando questionadas sobre: com que Frequência você realiza o exame Papanicolaou?

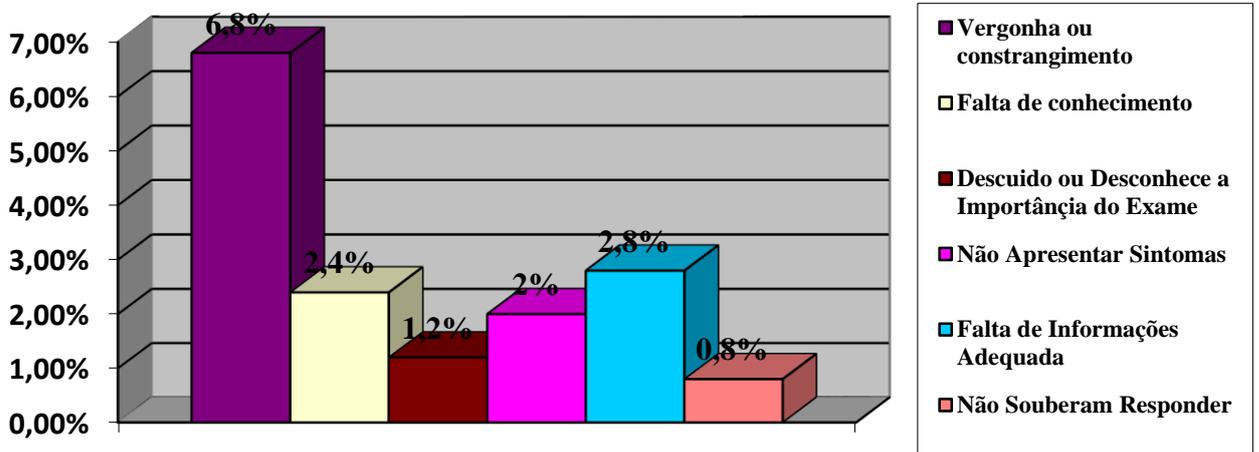


Fonte: próprio autor.

O gráfico acima demonstra a frequência com que as mulheres entrevistadas relataram realizar o exame papanicolaou, onde apenas 2,4% informaram que realizava o exame todo ano, 0,4% realiza 2 vezes ao ano, 1,2% a cada 2 anos e aproximadamente 12% das alunas entrevistadas nunca realizou o exame preventivo na vida, com isso mostra a baixa adesão das mesmas ao exame preventivo e os cuidados com a saúde.



Figura 10 – Respostas das Mulheres entrevistadas quando questionadas sobre: Que motivos Você atribui a não procura de algumas mulheres em realizar o exame preventivo?

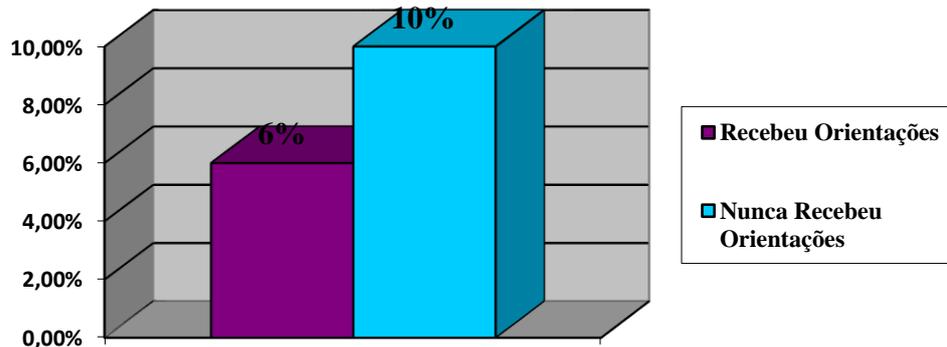


Fonte: próprio autor.

Aproximadamente 15,2% das alunas entrevistadas relataram que entre os principais fatores relacionados com a não procura de algumas mulheres em realizar o exame preventivo papanicolaou, esta a falta de conhecimento, descuido em relação aos cuidados com a saúde, vergonha e constrangimento de se expor perante os profissionais de saúde envolvidos, medo de receber o resultado do exame e da alguma alteração anormal no colo do útero, dificuldade de acesso por parte de algumas mulheres as unidades de saúde, e principalmente falta de informações, além da falta de orientações adequada por parte dos profissionais de saúde, as estudantes também relataram que muitas mulheres desconhecem a importância do exame preventivo, e outras tem receio de descobrir o câncer, e na maioria das vezes so procuram um ginecologista no estado mais avançado da doença. Enquanto elas não tem nenhum tipo de sintomas dificilmente procuram um ginecologista.



Figura 11 - Respostas das Mulheres entrevistadas quando questionadas sobre: Você recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre as medidas de prevenção do câncer do colo uterino?



Fonte: próprio autor.

Aproximadamente 10% das alunas entrevistadas relataram que nunca recebeu nenhuma orientação dos profissionais de saúde sobre os métodos preventivos. Já as mulheres que responderam que sim 6% das entrevistadas quando questionadas sobre as orientações recebidas, surgiram varias afirmações como: realizar o exame preventivo todo ano, manter hábitos que dificultem o surgimento do câncer, múltiplos parceiros sexuais, usar preservativos durante as relações sexuais, investigarem o histórico familiar, higiene íntima adequada, esta atento aos sintomas, não fumar, tomar a vacina para se proteger do vírus do HPV. A maioria das alunas entrevistadas não recebeu nenhuma orientação por parte dos profissionais de saúde, demonstrando certa carência de informação nesse sentido, considerando a necessidade de reforçar as orientações aos métodos preventivos visando à prevenção no controle do câncer do colo do útero.



CONCLUSÃO

Através do presente trabalho, foi possível conhecer e analisar o perfil das alunas dos cursos de psicologia e nutrição das faculdades integradas de patos FIP, procurando compreender os comportamentos preventivos destas mulheres. Na adesão ao exame preventivo papanicolaou, Onde foi possível constatar um número considerável de mulheres com perfis relacionados com os fatores de risco no desenvolvimento do câncer do colo do útero, que as tornam vulneráveis à doença, no qual foi constatado que a maioria das estudantes entrevistadas era solteiras, com baixa adesão ao exame preventivo, ensino superior incompleto e baixa renda familiar,

Fatores como medo do resultado do exame, falta de conhecimento, vergonha e medo de se expor perante os profissionais de saúde contribui para não adesão ao exame preventivo. Portanto segundo relatos das entrevistadas detectou-se pouca contribuição dos profissionais de saúde, no qual pode ser confirmadas pelo baixo conhecimento sobre a patologia, formas de prevenção, importância, adesão, realização periódica e dificuldades na realização do exame citopatológico. Portanto, conclui-se que são muitos os desafios a serem vencidos na busca pela redução das mortalidades associadas ao câncer do colo do útero, porém neste contexto merece destaque as medidas educativas e de informação em saúde.

As informações à população contribuem para mudanças comportamentais que levam à prevenção de doenças, possibilitando uma melhor qualidade de vida. As mudanças de hábitos de vida é algo que exige tempo e esforço, tanto dos profissionais de saúde, na realização de uma educação continuada, quanto das mulheres, na adesão de novas práticas. As ações educativas devem ter um cunho pessoal, envolvente e comprometido, sem ignorar a individualidade e a cultura destas mulheres. As unidades



básicas de saúde podem contribuir positivamente nesse sentido, devido à relação contínua com as famílias que acompanham.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, G. C. et al. Papilomavirus humano e carcinogênese no colo do útero. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 12, n. 1, p. 28-38, 2000.

BURD, E.M. Human Papillomavirus and **Cervical Cancer**. **Clin Microbiol Rev** 2003;16(1):1-17.

GROSS, G.E, BARRASCO, R. **Infecção por Papilomavírus Humano: Atlas clínico de HPV**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

HARPER, D. M.; FRANCO, E. L.; WHEELER, C.; FERRIS, D. G.; JENKINS, D.; SCHUIND, A.; ZAHAF, T.; INNIS, B.; NAUD, P.; DE CARVALHO, N. S.; ROTELI-MARTINS, C. M.; TEIXEIRA, J.; BLATTER, M. M.; KORN, A. P.; QUINT, W.; DUBIN, G. **Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomized controlled trial**. **The Lancet, London**, v. 364, p. 1757-1765, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

ICTV, D.B, Index of Viruses. Family 00.099. **Papillomaviridae**, Genus 00.099.0.007 Human Papillomavirus. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/ICTVdb/Ictv/fs. Acessado em 20 abr. 2013.

NICOLAU, S. M. Existe câncer do colo uterino sem HPV? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 236-237, jul./set. 2003.

PASSOS, M. R. L., LUPI, O., ALMEIDA, G., CAVALCANTI, S. M. B., JÚNIOR, J. C. C., GIRALDO, P. C. **Imiquimode na prática clínica do condiloma acuminado ao carcinoma basocelular**. Revista: ixiiu, 2006.



Motivos que influenciam as mulheres a não realizar o exame preventivo citológico papanicolaou na prevenção do câncer do colo do útero

Páginas 19 a 43

Temas em Saúde

Volume 15, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2015

QUEIROZ, A.M.A., CANO, M. A. T.,ZAIA, J. E. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG. **Revista Brasileira de Análise Clínica**, v. 39, n. 2, p. 151-157, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326>. Acesso em: 05/02/2012.



Motivos que influenciam as mulheres a não realizar o exame preventivo citológico
papanicolaou na prevenção do câncer do colo do útero

Páginas 19 a 43

Artigo

**PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO EM
GESTANTES DA CIDADE DE ITAPORANGA-PB**

**PREVALENCE AND RISK FACTORS OF HYPERTENSION IN PREGNANT
WOMEN OF THE CITY OF BRAZIL-PB**

Jéssica Roque Juvito¹
Cléssia Bezerra Alves Morato²

RESUMO - A gestação é um processo natural que ocorre maiores mudanças no funcionamento do corpo humano. Vários problemas podem surgir com essas mudanças, como as síndromes hipertensivas. O diagnóstico clínico é obtido pela elevação dos níveis pressóricos. Além dos exames de rotina outras provas laboratoriais são usadas quando têm hipertensão na gestação, como a dosagem sérica de ureia, ácido úrico e proteinúria de fita ou de 24 horas. Alguns fatores de riscos, como idade, primiparidade, gestação múltipla, hereditariedade, cor e nível sócio-econômico estão envolvidos no desenvolvimento da hipertensão arterial durante a gestação. O presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência e os principais fatores de riscos existentes nas gestantes que apresentam hipertensão arterial na cidade de Itaporanga-PB. Para obtenção de dados foram utilizados questionários com perguntas sobre os fatores de risco, isso após uma avaliação de prontuários médicos. Foram analisados 62 prontuários de gestantes diagnosticadas com hipertensão arterial pelo profissional de saúde, com idades variando entre 17 e 39 anos. A maior prevalência foi a hipertensão gestacional com 94% seguida da pré-eclâmpsia com 6%. O fator de risco de maior incidência foi primiparidade com 55%, idade sendo 45% de 17 a 39 anos e 21% de 30 a 39 e a raça não branca com 62%. O estudo demonstrou significância, pois mostrou que os fatores de risco contribuem para o surgimento desse quadro hipertensivo, e alguns deles estão presentes em complicações mais grave como a pré-eclâmpsia. Portanto a hipertensão necessita ser observada e monitorada para tentar minimizar ou evitar possíveis agravos, como a morbidade e mortalidade materno-fetal.

¹ Bacharelada em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP

² Especialista. Docente nas Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: jessicarj18@hotmail.com



Palavras-chave: Gestantes. Hipertensão na gravidez. Fatores de risco

ABSTRACT - Pregnancy is a natural process occurring major changes in the workings of the human body. Several problems may arise with these changes, such as hypertensive syndromes. The clinical diagnosis is achieved by high pressure levels. In addition to the routine tests other laboratory tests are used when you have high blood pressure in pregnancy, as the dosage of serum urea, uric acid and tape proteinuria or 24 hours. Some risk factors, such as age, primiparity, multiple pregnancy, heredity, color and socioeconomic level are involved in the development of hypertension during pregnancy. The present study aimed to identify the prevalence and risk factors in pregnant women presenting with hypertension in the city of Brazil-PB. For obtaining data were used questionnaires with questions about the risk factors, that after an assessment of medical records. 62 were analyzed medical records of pregnant women diagnosed with hypertension by the health care professional, with ages varying between 17 and 39 years. The highest prevalence was the gestational hypertension with 94 followed by pre-eclampsia with 6. The biggest risk factor incidence was primiparity with 55, age being 45 of 17 to 39 years and 21 of 30 to 39 and the white race with 62. The study demonstrated significance, because it showed that the risk factors contributing to the emergence of such a framework, hypertensive and some of them are present in more serious complications such as pre-eclampsia. Thus hypertension need to be observed and monitored to try to minimize or avoid possible harms such as maternal-fetal morbidity and mortality.

Keywords: pregnant women. Hypertension in pregnancy. Risk factors

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas da gestação são consideradas uma das mais importantes complicações durante a gravidez, apresentando grande risco de morbidade e mortalidade materno e fetal (ZUGAIB, 2008).

A hipertensão gestacional é diagnosticada quando a pressão sistólica esta igual ou maior que 140/mmHg e pressão diastólica maior ou igual a 90/mmHg (milímetro de mercúrio) (BRASIL, 2012). Algumas provas laboratoriais são utilizadas para valor prognóstico como a proteinúria, creatinina plasmática, bilirrubinas, contagem de



plaquetas. Desses exames, a proteinúria merece maior atenção, pois sua positividade constitui um importante sinal para o diagnóstico da pre-eclâmpsia (COELHO et al., 2004).

Não se conhece a etiologia da hipertensão arterial gestacional, sabe-se que está associada a fatores genéticos e ambientais. Segundo Sírio et al. (2007) está comprovado que dietas ricas em sódio e associadas a uma diminuição de potássio favorecem o risco do seu desenvolvimento.

As síndromes hipertensivas na gravidez são consideradas um fator de alto risco, causando assim mudanças no estilo de vida das pacientes afetadas (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde as SHG foram classificadas em 4 categorias: Pré-eclâmpsia/eclâmpsia; hipertensão crônica; pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica; e hipertensão gestacional (BRASIL, 2012).

A hipertensão Gestacional ocorre na 20ª semana de gestação, e geralmente reduz até dez dias após o parto, diferente da hipertensão crônica, pois ela ocorre antes da 20ª semana e não desaparece no período pós-parto (COSTA et al., 2005; MONTENEGRO, 2012).

A pré eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica se parece muito com a pré-eclâmpsia, isso pelo fato dos sintomas (visão turva e dor epigástrica) serem comuns. Para diferenciar ela não apresenta proteinúria antes da 20ª semana, mas depois passa a apresentar (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

A síndrome de HELLP é um quadro grave com mau prognóstico, considerada um agravamento da pré-eclâmpsia/eclâmpsia, sendo responsável por 50% dos óbitos entre as portadoras das SHG (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005). De acordo com OLIVEIRA et al. (2005), na eclâmpsia ocorre o aparecimento de convulsões que podem ser durante a gravidez, no parto ou no pós parto.

Cerca de 6% a 30% das gestantes podem apresentar síndromes hipertensivas na gestação. Diversos fatores podem aumentar a chance para o seu surgimento, como:



obesidade, cor, diabetes, gestação múltipla, idade, hereditariedade, nível sócio-econômico, e primiparidades, sendo que alguns desses fatores podem mudar de uma população para outra (ASSIS et al., 2008).

A mulher durante a gestação em um pequeno espaço de tempo passa por processos fisiológicos e anatômicos que resulta em diversas transformações no seu organismo. Em nenhuma outra fase do ciclo da vida ocorrem mudanças tão diferentes em um período de tempo tão curto (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002).

O tratamento tem como objetivo a diminuição da PA e a manutenção dos níveis pressóricos controlados, para assim evitar complicações como hemorragia cerebral na mãe e encefalopatias hipertensivas (ENKIN, 2005).

Portanto as gestantes hipertensas merecem um pré-natal diferenciado para evitar possíveis complicações, como a síndrome de HELLP e a eclâmpsia, que são as mais frequentes (ASSIS et al., 2008).

Diante de tantas complicações, o presente estudo teve por objetivo avaliar os principais fatores de risco da hipertensão na gestação e sua prevalência em gestantes da cidade de Itaporanga – PB, para que com esses dados obtidos possamos mostrar a importância do pré-natal e as consequências que a hipertensão pode causar no decorrer da gestação.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa do tipo transversal, descritiva de abordagem quantitativa dos dados, que teve o objetivo de avaliar os principais fatores de risco e a prevalência da hipertensão em gestantes da cidade de Itaporanga-PB. A pesquisa foi encaminhada para o comitê de ética em pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, onde foi aprovada, levando em consideração aspectos éticos envolvendo seres humano



direto ou indiretamente, preconizado pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito seja preservada.

A Pesquisa foi realizada por meio de um levantamento de dados através de prontuários, onde foi usado um questionário com perguntas objetivas, sobre os fatores de risco (idade, cor, gestação múltipla, hereditariedade e primiparidade) e também com perguntas sobre altura, peso, pressão arterial e exames realizados.

Foram incluídos no estudo os prontuários de 62 gestantes com diagnóstico de hipertensão atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Itaporanga-PB no ano de 2014 e 2015. Como critério de exclusão estão as gestantes que não foram diagnosticadas com hipertensão ou que tenham sido diagnosticadas anos anteriores ao da pesquisa.

Os dados foram coletados mediante a autorização do responsável pelo setor de prontuários, onde se observou os principais fatores de risco e as alterações encontradas nos exames.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 62 prontuários de gestantes diagnosticadas com hipertensão arterial no ano de 2014 e 2015, com idade variando entre 17 a 39 anos como mostra na tabela 1.

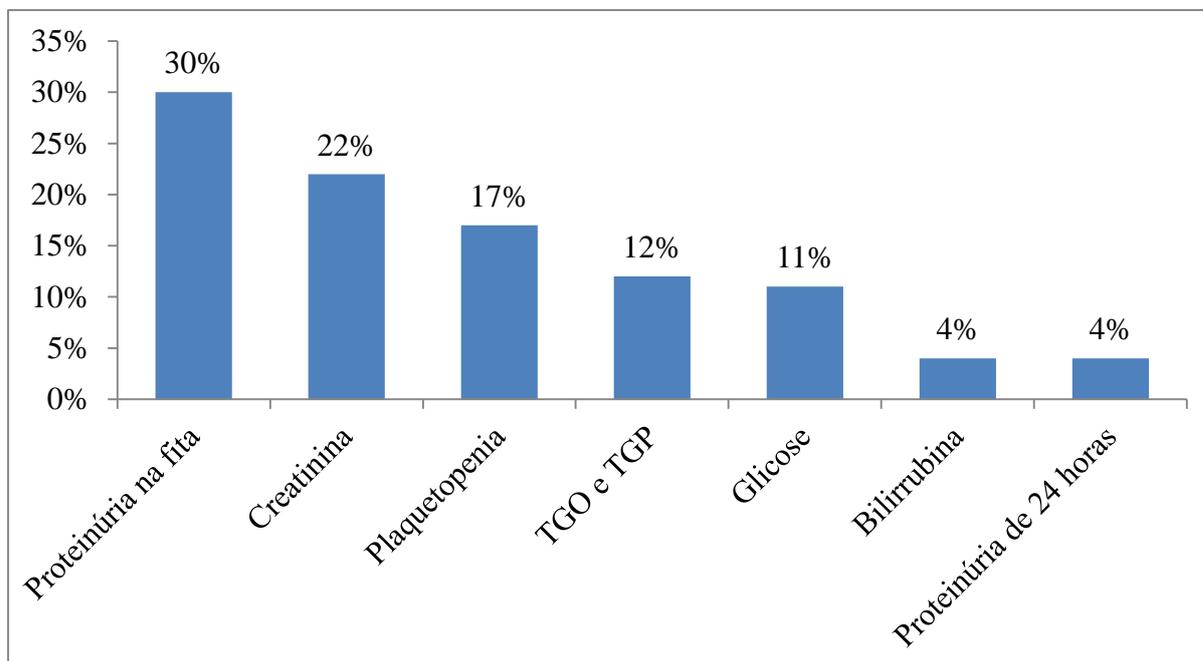


Tabela 1: Distribuição por idade das gestantes hipertensas

Faixa etária (em anos)	Total
17-20	35% (22)
21-30	44% (27)
30-39	21% (13)

Dos exames observados a proteinúria na urina de amostra única apresentava 30% (29) e 4% (4) tinham proteinúria em urina de 24 horas, onde essas foram diagnosticadas com o quadro de pré-eclâmpsia. Na figura 1 está mostrando os exames laboratoriais encontrados nos prontuários, levando em consideração que a proteinúria na fita foi a encontrada em maior valor.

Figura 1: Resultados dos exames alterados das gestantes analisadas



Segundo o Ministério da Saúde (2012), a presença de 1+ ou mais de proteinúria em amostra única de urina, posteriormente deve-se realizar a proteinúria de 24 horas e a creatinina, além da realização exames de ultrassonografia para que possa avaliar se o quadro esta agravando, isso como medida de prevenção, já que o diagnóstico da pré-eclâmpsia esta baseado no exame de urina de 24 horas, com excreção de 0,3g ou mais de proteínas. Apresentando concordância com a presente pesquisa em que as grávidas que apresentaram proteinúria de 24 horas foram as diagnosticadas com pré-eclâmpsia, nos resultados dos exames foram observados excreção maior que 0,3g de proteínas.

Tabela 2. Principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da hipertensão em gestantes da cidade de Itaporanga-PB

Idade	Total (%)
17 a 23 anos	45%
30 a 39 anos	21%
Primiparidade	
1ª gestação	55%
Outras gestações	45%
Cor da pele	
Branca	38%
Parda	44%
Negra	18%
Hereditariedade	
Sim	32%
Não	68%
Nível Sócio econômico	
Baixa Escolaridade	53%
Ensino médio ou estudante	47%
Assistência ao pré-natal	
1º trimestre	35%
2º trimestre	65%



Segundo MOURA et al. (2010), tanto as gestantes com idade jovem como com idade avançada, podem apresentar grande risco para o surgimento da hipertensão e desenvolvimento da pré-eclâmpsia. Corroborando com os resultados desse estudo, observou que a idade é um fator de risco, 45% (28) das gestantes com idade variando de 17 a 23 anos e 21% (13) com idade entre 30 a 39 anos apresentaram maior desenvolvimento da hipertensão, inclusive as gestantes que apresentaram pré-eclâmpsia estavam incluídas entre estas idades.

Em relação à primiparidade foi observado em 55% (34) das gestantes com hipertensão, os outros 45% (28) já tiveram outras gestações, algumas dessas em gestações anteriores apresentaram aborto 48% (11), prematuridade 35% (8) ou os dois 17% (4).

No estudo de Gomes et al. (2013), mostrou que o fator de risco predominante foi a cor da pele não branca (92,54%). Correlacionando com os achados desse estudo que também mostrou que a raça não-branca foi fator de risco para a hipertensão e pré-eclâmpsia. A raça branca apresentou 38% (24), a negra 18% (11) e parda 44% (27).

Em relação ao tipo de gestação, todas as gestantes apresentaram gestação única, descartando o fator de risco gestação múltipla, considerada segundo Neme (2006) fator importante para o desenvolvimento das síndromes hipertensivas.

Em relação à hereditariedade 68% (42) das gestantes não possuem antecedentes e a soma das gestantes que relatam presença de antecedentes perfaz 32% (20), sendo diabetes e hipertensão em maior prevalência.

Das mulheres estudadas 53% (33) são de baixa escolaridade o que dificulta o acesso as informações e a devida atenção sobre problemas referentes a hipertensão na gestação e 47% (29) apresentaram ensino médio ou eram estudantes. A maioria das gestantes são de baixo nível sócio econômico, considerada segundo Sampaio et al. (2013) fator de risco para o aparecimento dessa doença.

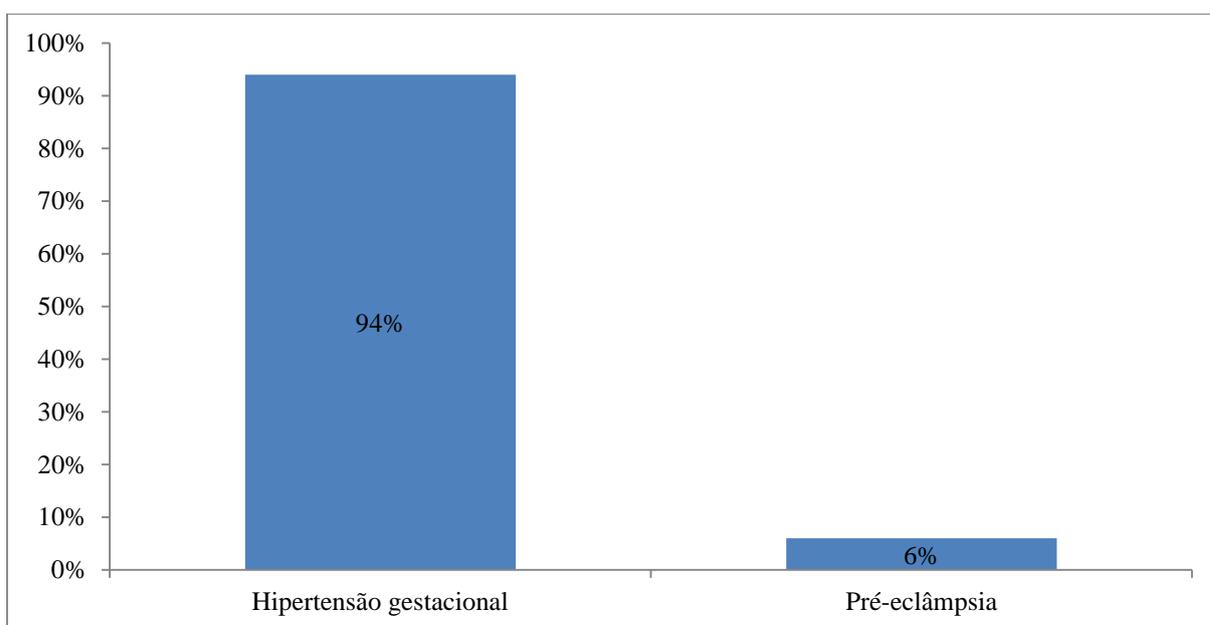
Quanto à assistência ao pré-natal 35% (22) começaram o acompanhamento no primeiro trimestre e 65% (40) no segundo trimestre. Observando os prontuários todas as



gestantes tiveram um bom acompanhamento, as que estavam com o quadro de pré-eclâmpsia foram encaminhadas a um tratamento mais rigoroso, inclusive em outras cidades por terem melhores recursos.

Além disso, foi observado o diagnóstico clínico das pacientes (Figura 2), onde dos 62 prontuários analisados, 94% (58) apresentaram hipertensão gestacional e 6% (4) pré-eclâmpsia. Em nenhum prontuário foi encontrado diagnóstico de Hipertensão crônica, Pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica, Eclâmpsia e Síndrome de HELLP.

Figura 2: Complicações da hipertensão encontradas nos prontuários



CONCLUSÃO

Com a realização do presente estudo concluiu-se que os principais fatores de risco em gestantes da cidade de Itaporanga-PB, foram a idade e primiparidade. Dentre os resultados dos exames a proteinúria esta com um aumento significativo, levando em consideração que a mesma esta elevada quando se tem complicações mais sérias, como a pré-eclâmpsia. Das complicações a que teve maior prevalência encontrada foi a hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. Não foram evidenciadas outras complicações pelo fato de ser uma cidade com poucos recursos, fazendo com que as gestantes com quadros graves sejam encaminhadas a cidades com melhores condições de saúde.

Portanto é primordial que as gestantes sejam bem assistidas, para que todas as informações necessárias sejam passadas, sendo assim uma medida de prevenção. De acordo com os fatos observados conclui-se que a hipertensão merece ser diagnosticada o mais precoce possível, para evitar complicações mais sérias para o feto e para a mãe.

REFERÊNCIAS

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde. **Eclâmpsia-Educação para uma Maternidade segura**: módulos de educação. 2ª ed. 2005.

BRASIL. Organização Mundial de saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5ª edição. 2012.

COELHO, T. M.; MARTINS, G.; VIANA, E.; RITA, M.; MESQUITA, S.; CAMANO, L.; SASS, N. Proteinúria nas Síndromes Hipertensiv Hipertensivas da Gestação: Prognóstico Materno e Perinatal. **Ver. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 2, p. 207-13, 2004.



COSTA, S. H. Hipertensão Crônica e Complicações na Gravidez. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, n. 05, 2005.

DE SÁ GOMES, A., CHAVES, A. F. L., DA SILVA, R. B., DE CASTRO DAMASCENO, A. K., FRANCO, R. G. D. F. M., ORIÁ, M. O. B. Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. **Revista Eletrônica de Enfermagem.**, v. 15, n. 4, p. 923-31, 2013.

ENKIN, M. **Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto**. 3ª ed. Riode Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERRÃO, M. H. L.; PEREIRA, A. C. L.; GERSGORIN, H. C. T. S.; PAULA, T. A. A.; CORRÊA, R. R. M.; CASTRO, E. C. C. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 390-394, 2006.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. 17. Hipertensão arterial na gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 159-165, 2009.

MONTENEGRO C.A.B.; REZENDE, J. **Obstetrícia fundamental**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MOURA, E.R.F.; OLIVEIRA, C.G.S.; DAMASCENO, A.K.C.; PEREIRA, M.M.Q. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enferm.** v. 15, n. 2, p. 250-5, 2010.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

OLIVEIRA, L.G. et al. Evolução da gravidez e resultados perinatais em transplantadas renais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, jun. 2005.

PERAÇOLI, J.C, PARPINELLI, M.A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 27, n. 10, p. 627-34. 2005.

SAMPAIO, T. A. F.; SANTANA, T. D.; DA SILVA HANZELMANN, R.; DOS SANTOS, L. F. D. M.; DO AMARAL MONTENEGRO, H. R.; DE ANDRADE MARTINS, J. S.; DE CARVALHO FERREIRA, D. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. **Revista Saúde Física & Mental-ISSN 2317-1790**, v. 2, n. 1, p. 36-45.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2015

SÍRIO, M. A. O. Estudo dos Determinantes Clínicos e Epidemiológicos das Concentrações de Sódio e Potássio no Colostro de Nutrizes Hipertensas e Normotensas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 23, n. 9, 2007.

SOUZA, A.I.; FILHO, M.B.; FERREIRA, L.O.C. Alterações hematológicas e gravidez. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842002000100006>.

TEDESCO, R. P.; CECATTI, J. Hipertensão arterial crônica na gestação: consenso e controvérsias. **Ver. Ciênc. Méd.**, Campinas, p. 161-171, 2004.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia I**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2008.



Prevalência e fatores de risco da hipertensão em gestantes da cidade de Itaporanga-PB

Páginas 44 a 55

Artigo

**AVALIAÇÃO DO PERFIL HEMATOLÓGICO COM TRABALHADORES DE
POSTOS DE COMBUSTÍVEIS EXPOSTOS AO BENZENO NA CIDADE DE
SÃO JOSÉ DO EGITO – PE**

**HEMATOLOGICAL AVALIATION OF THE PROFILE WITH WORKERS OF
THE FUEL EXPOSED TO BENZENE IN THE CITY OF SÃO JOSÉ DO EGITO-
PERNAMBUCO**

Helany Rayanne Cavalcante¹
Alyson Raniery Miguel Farias de Lacerda²
Jheison de Souza Gonçalves³
Maria Margareth Câmara de Almeida⁴

RESUMO - O composto benzeno é um hidrocarboneto aromático, apresentando-se como fluido incolor, de odor característico. Ele se compreende sendo menos denso que a água e é extremamente volátil, é bastante inflamável, perceptível a concentrações de 12 ppm. O benzeno é um agente carcinogênico, tóxico e leucogênico, considerado o quinto de maior risco a saúde humana, pelo Programa de Segurança Química das Nações Unidas. Os efeitos no sistema sanguíneo são os mais importantes na exposição crônica, precisado a lesão no tecido da medula óssea. Essas alterações correspondem principalmente a hipoplasia, displasia e aplasia. Além das alterações já mencionadas, nota-se na literatura uma diversidade de alterações na série vermelha, como anemia, macrocitose, monocitose, pontilhado basofílico, hiposegmentação dos neutrófilos (pseudopelguer), linfocitopenia, trombocitopenia e leucopenia. Elas podem causar também disfunção da coagulação, agentes patogênicos atípicos, como também a presença de infecções frequentes. Com

¹ Concluinte do curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

² Bacharel em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos, Paraíba, Brasil.

³ Bacharel em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos, Paraíba, Brasil.

⁴ Professora Mestre das Faculdades Integradas de Patos – FIP. Email: megacamara@yahoo.com.br



bases nestes dados o objetivo deste estudo foi investigar as principais alterações hematológicas com trabalhadores de postos de combustíveis. Os resultados deste trabalho apontaram que 50% possuem faixa etária entre 18 a 30 anos, 91% dos trabalhadores não utilizam nenhum equipamento de proteção individual, e que 50% possuem o hábito de fazer o hemograma periodicamente. Foi observado que 83% dos funcionários possuem alterações hematológica qualitativas e 16% possuem alterações hematológicas quantitativas. Torna-se necessária outras pesquisas para a busca de condições plenas do trabalhador dos postos de combustíveis, que estão diariamente expostos ao benzeno, sendo este um agente toxicante altamente carcinogênico.

Palavras-chave: Intoxicação Benzênica. Alterações Hematológicas. Doenças no Sistema Hematopoiético.

ABSTRACT - The compound benzene is an aromatic hydrocarbon, like a colourless fluid, of characteristic odour. He understands being less dense than water and is extremely volatile, is quite flammable, normally realized the 12 ppm concentrations. Benzene is a carcinogenic agent, toxic and leucogenic, considered the fifth most at risk to human health, measured by chemical safety Programme of the United Nations. The effects on blood system are the most important in chronic exposure, needed the bone marrow tissue injury. These changes correspond mainly to hypoplasia, aplasia and dysplasia. In addition to the changes already mentioned, it should be noted in the literature a number of changes in the Red series, such as anemia, macrocytosis, monocytosis, basophilic stippling, neutrophil hiposegmentation (pseudopelguer), linfocytopenia, thrombocytopenia and leukopenia. They can also cause dysfunction of coagulation, and atypical pathogens, as well as the presence of frequent infections. Based on these data, the objective of this study was to investigate the main hematologic changes whit workers of fuel stations of São José do Egito- PE. The results of this study showed that 50% have age between 18 to 30 years, 91% workers do not use any personal protective equipment, and that 50% have the habit of making the hemogram periodically. It was observed that 83% officials have quantitative chavnges and 16% qualitative and quantitative. Becomes necessary additional research to the search for full conditions of the worker of the fuel stations, that are daily exposed to benzene, a highly carcinogenic toxic agent.

Keywords: Benzênica Poisoning. Hematologic Changes. Hematopietic System disease.



INTRODUÇÃO

A toxicidade ocupacional pelo benzeno tem sido descrita na literatura médica desde o final do século XIX. As suas principais fontes ambientais lançadas pelo o homem são as emissões industriais, gases de exaustão de automóveis e abastecimento de veículos automotores (MOREIRA; GOMES, 2011). O composto benzeno é um agente carcinogênico, tóxico e leucogênico, considerado o quinto de maior risco a saúde humana, medida pelo Programa de Segurança Química das Nações Unidas (SANTOS; MAINIER, 2010).

De acordo com Bonetii (2011), à gasolina é tida como uma fonte fundamental de vapores tóxicos para a saúde do trabalhador dos postos de combustíveis. São hidrocarbonetos, que compreende de 4 a 12 átomos de carbono. Estes hidrocarbonetos são nomeados de compostos aromáticos, os BTEX (benzeno, tolueno, etilbenzeno e xileno), que são particularmente tóxicos a saúde. Ele é encontrado e separado em partes fracionadas de óleos leves de alcatrão, sendo adquirido com base no carvão mineral (MARQUES, 2011).

O composto benzeno é um hidrocarboneto aromático, apresentando-se como fluido incolor, de odor característico, ele se compreende sendo menos denso que a água e é extremamente volátil, é bastante inflamável, perceptível a concentrações de 12 ppm (partes por milhão), onde sua fórmula molecular é (C₆H₆) (ARCURI et al., 2005; CAZARIN, 2005). Segundo Silva-Barata (2014), pelo fato do benzeno ter uma ação carcinogênica, se exige maior controle e precaução, o que se pode admitir que para compostos carcinogênicos e genotóxicos não há limite seguro de exposição.

O benzeno é absorvido rapidamente pela via respiratória e cutânea, onde é a via respiratória de exposição a mais importante. Chega ligeiramente aos tecidos, alcançando maiores concentrações nos tecidos ricos em lipídeos como exemplos: fígado, baço,



medula óssea e lipoprotéínas sanguíneas. Após ser absorvido, cerca de 70% do benzeno é biotransformado pelos microsossomos hepáticos e na medula óssea em uma proporção menor em substâncias mais solúveis, como o fenol, hidroquinona e o catecol, onde são eliminados na urina na forma de conjugados com o ácido glicurônicos nas próximas 24 horas após cessada a exposição. E os 30% de todo o vapor do benzeno é inalado e imediatamente eliminado pela expiração (CAZARIN, 2005; CAMARGO, 2008; BARATA-SILVA et al., 2014; COUTRIM; CARVALHO; ARCURI, 2000).

A exposição aguda ao composto benzeno gera efeitos tóxicos, desde períodos de sonolência e excitação, tontura, dor de cabeça, náusea, taquicardia, tremores, convulsões, perda da consciência e morte por falência respiratória (ATSDR, 2007; BARATA-SILVA et al., 2014). Na exposição crônica, consiste a uma agressão a medula óssea que poderá vim a ter aspectos dos mais variados e se conhece como benzenismo (LÉON, 2013). Quando o paciente apresenta sinais e sintomas. Porém os sintomas no sistema nervoso central são bem mais tolerados, já os efeitos mielotóxicos mais evidentes (ARCURI et al., 2005; CAZARIN, 2005).

Os efeitos no sistema sanguíneo são os mais importantes na exposição crônica, como a lesão no tecido da medula óssea, essas alterações correspondem principalmente a hipoplasia, displasia e aplasia (ARCURI et al., 2005).

Além das alterações já mencionadas, nota-se na literatura uma diversidade de alterações na série vermelha, como anemia, macrocitose, monocitose, pontilhado basofílico, hiposegmentação dos neutrófilos (pseudopelguer), linfocitopenia, trombocitopenia e leucopenia, elas podem causar também disfunção da coagulação, e microrganismos patogênicos atípicos, como também a presença de infecções frequentes (D' ALASCIO et al., 2013; CERQUEIRA et al., 2010; SANTOS, 2012).

Assim, as medidas de controle visam, a eliminação ou a redução dos níveis de concentração desse composto, por meio de isolamento de setores do trabalho, uso de



sistemas hermeticamente fechados nas indústrias, normas de segurança e higiene rígidas, sistemas de ventilação exaustora apropriados e eficientes, facilidade para higiene pessoal utilização de recursos para banhos, lavagem das mãos, braços, rostos e troca dos indumentos e o fornecimento pelo empregador dos EPI's, nos casos citados, de modo a complementar às medidas de proteção coletiva (MORREIRA; GOMES, 2011). Não existe tratamento medicamentoso específico uma vez afetada a medula óssea, esta lesão é permanente, mesmo que o exame sanguíneo tenha voltado a normalidade, entretanto, as intercorrências clínicas devem ser tratadas com precocidade (FUNDACENTRO, 2012; MORREIRA; GOMES, 2011). Diante do exposto este trabalho investigou as principais alterações hematológicas através das amostras clínicas do sangue dos trabalhadores de postos de combustíveis expostos ao benzeno.

METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa experimental, do tipo exploratório, onde foram avaliadas as alterações hematológicas encontradas nos exames de hemograma em funcionários de postos de combustíveis expostos ao composto benzeno. Este método tem como objetivo manipular diretamente as variáveis conexas com o objetivo do estudo, proporcionando uma relação de causa e efeito, mostrando de que modo o estudo é produzido. A pesquisa foi realizada em três postos de gasolina na cidade de São José do Egito no estado de Pernambuco.

A população foi formada pelos trabalhadores dos postos de combustíveis expostos ao benzeno e a amostragem foi composta por 12 funcionários voluntários expostos ao composto em questão, que aceitaram fazer parte da referida pesquisa, considerando que tal amostragem equivale a 100% do total proposto. Após a liberação do Comitê de Ética



foram utilizadas amostras de sangue total dos funcionários participantes da pesquisa dos três postos de gasolina, para depois a realização do hemograma.

Para a obtenção da amostra biológica realizada por punção venosa periférica em fossa cubital, foi utilizada com seringa da marca SR®, as amostras de três mL de sangue periférico de cada funcionário foram distribuídos em um tubo a vácuo com o anticoagulante de escolha EDTA (Ácido Etileno Diaminotetracético).

Em seguida, estas amostras foram conservadas em uma caixa térmica junto com uma bolsa térmica em gel da marca Mercusul e transportadas até o Laboratório das Faculdades Integradas de Patos (BIOLAB), onde foram devidamente registradas e submetidas ao diagnóstico através dos exames de Eritrograma, Leucograma e Plaquetograma, (Hemograma) no aparelho semi-automatizado Biosystem 3.0. As lâminas foram avaliadas através do microscópio, da marca Bioval. Os esfregaços sanguíneos foram realizados logo após a amostra de sangue passar no aparelho semi-automatizado e corados com a coloração panótica, onde foi observada e realizada a contagem diferencial das células sanguíneas. Ao término de todo o procedimento de análise das amostras sanguíneas, foram observadas e relatadas todas as possíveis alterações realizadas no equipamento quanto na lâmina.

O processo de gerenciamento de resíduos, seguiu as diretrizes de biossegurança adotadas pelo Laboratório das Faculdades Integradas de Patos (BIOLAB). Assim, os materiais perfuro-cortantes como agulha e vidros, foram descartados em embalagens de papelão rígidas (Descarpak) que são próprias para esses tipos de materiais. Os materiais contendo o fluido biológico, luvas descartáveis, máscaras e seringas foram descartados em um saco de lixo branco, com aviso de material infectante. A coleta seletiva para os materiais biológicos foram realizados por carros caracterizados de coleta de lixo, sendo a incineração o destino final dos materiais infectantes para descarte. Por fim todos os dados foram analisados, tabulados e grafitados utilizando o Software Microsoft Excel.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população sugerida foi de 20 funcionários expostos ao composto benzeno, só que apenas 12 aceitaram participar da específica pesquisa. 8 do sexo feminino (66%) e 4 do sexo masculino (33%).

Tabela 1 – Perfil dos funcionários que participaram da entrevista, de acordo com a idade, sexo, tempo de atuação e horas semanais trabalhadas.

População Sugerida	20	%
População Real	12	100
Sexo Feminino	8	66
Sexo Masculino	4	33
18-30 Anos	6	50
31-50 Anos	5	41
>50 Anos	1	8
Tempo de Atuação		
< 1 ano	0	0
1-2 Anos	7	58
2-5 Anos	2	16
>10 Anos	3	25
Horas semanais trabalhadas		
< 48 hs	4	33
48 hs	6	50
> 48 hs	2	16
Função: Frentistas	12	100

Fonte: Dados do próprio autor.



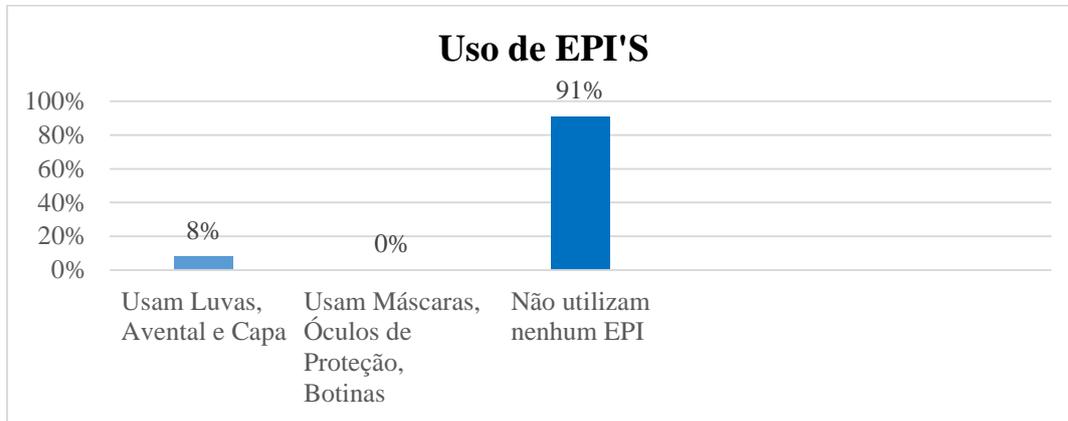
Na faixa etária foi observado que 50% dos participantes estão na faixa etária entre 18 a 30 anos, resultados assemelham-se com o estudo de Cerqueira et al., (2010), onde o autor verificou um predomínio de funcionários com idades entre 21 a 30 anos de 52,5%. Verificou-se que a maioria dos funcionários foram do sexo feminino 66%, o que difere do resultados dos autores Cerqueira et al., (2013) e Marques (2011), onde a maioria dos funcionários que participaram da pesquisa eram do sexo masculino, com o número de porcentagem respectivamente de 100% e 86%. A respeito do tempo de atuação no setor, nenhum dos entrevistados trabalham a menos de um ano, 58% exercem a profissão entre 1 a 2 anos, 16% desses trabalhadores estão nessa área entre 2 a 5 anos, e 25% relataram que já trabalharam há mais de 10 anos nos postos de combustíveis. Esses resultados diferem com os estudos de Marques (2011), onde se constatou que há incidência de profissionais com menos de um ano de trabalho cerca de 37%.

Quanto às horas trabalhadas na presente pesquisa, verificou-se que 50% dos entrevistados trabalham 48 horas semanais, sendo 8 horas diurnas da segunda-feira ao sábado, já 16% dos entrevistados excedem esse limite e trabalham mais de 48 horas semanais. O que no Art. 58 da Consolidação das Leis do Trabalho, menciona que a duração normal do trabalho em qualquer atividade privada, não necessita exceder a 8 horas diárias, desde que não seja anexo expressamente outro limite. Quanto à função, 100% são frentistas.

Verificou-se nesta pesquisa que 8% dos entrevistados usam luvas, avental e capa, como sendo a forma de equipamento de proteção individual (EPI), que é usada para se prevenir da absorção cutânea do benzeno em relação ao uso de máscara, óculos de proteção e botinas, nenhum entrevistado utiliza como equipamento de proteção individual e 91% dos entrevistados relataram não fazer uso de nenhum equipamento de proteção individual. Como observa-se na figura 1.



Figura 1 – Distribuição dos resultados dos entrevistados referente ao o uso de EPI's no ambiente de trabalho.



Fonte: Dados do próprio autor.

Estes dados são condizentes com o estudo do autor Cerqueira et al., (2013) onde 91,7% dos entrevistados, relatam não utilizarem equipamentos de proteção individual.

Corroboram-se estes dados com o de outros autores, onde apresentam baixa utilização dos EPI's entre trabalhadores (CERQUEIRA et al., 2010; CERQUERIA et al., 2013; MARTINS et al., 2012).

Na literatura, Marques (2011) e Dib et al., (2007) relataram que a medida de segurança tais como o uso de luvas, para tornar mínimo o contato da pele com o combustível, máscara para diminuir a inalação dos gases no caso o benzeno, durante o abastecimento dos veículos automotores e protetor de tecido absorvente colocado na extremidade da mangueira de abastecimento para que se evite que as gotículas de combustíveis sejam espalhadas durante a utilização da bomba de abastecimento, podem diminuir os agravos a saúde dos frentistas.



O estímulo de EPI's e a fácil aquisição dos equipamentos de proteção individuais poderia constituir uma medida capaz de reduzir o dano específico, resultante desta atividade profissional (CERQUEIRA et al., 2010).

Nenhum dos entrevistados dizem ser fumantes, de acordo com D'Ambros (2009), o hábito de fumar é um importante fator de risco na geração de acidentes de trabalho, uma vez que o cigarro neste ambiente de trabalho é proibido por lei (lei n ° 9.120 de 08 de outubro de 1980).

E quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 41% dos entrevistados fazem o uso de bebidas alcoólicas, resultados esses que aproximam-se com os estudos do autor D'Alascio (2013) com o resultado de 45,2%, onde fazem o consumo de bebidas alcoólicas com frequência. Como se pode observar na tabela 2.

Em relação ao álcool, se entende que mesmo em pequenas quantidades ingeridas, o rendimento é diminuído, o tempo de reação, a coordenação motora, a precisão e o equilíbrio são alterados negativamente (CERQUEIRA et al., 2010). Além do que já foi mencionado, o consumo de bebida alcoólica associado à exposição dos compostos que estão presentes nos combustíveis aumenta o risco de insuficiência hepática, pois o álcool é um produto hepatotóxico (MARQUES, 2011).

Tabela – 2 Quanto ao uso de bebidas alcoólicas.

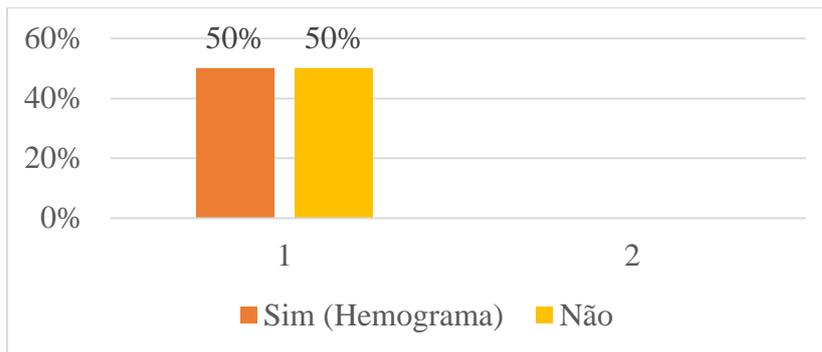
	N	%
Uso de bebidas alcoólicas	5	41
Não usam bebidas alcoólicas	7	58

Fonte: Dados do próprio autor.



Com relação ao exame hemograma, foi relatado que 50% dos entrevistados já teriam feito hemograma no decorrer do trabalho nos postos de combustíveis. Como mostra a figura 2.

Figura 2: Realização do exame hemograma.



Fonte: Dados do próprio autor.

Os dados da pesquisa revelam que 50% dos entrevistados nunca realizaram o exame hemograma, fato bastante preocupante, visto que eles trabalham com substâncias que são derivadas do petróleo. Segundo Marques (2011), este resultado expressa a dificuldade que se tem em estabelecer parâmetros mais apurados sobre estes funcionários no que diz respeito a avaliação da saúde.

O hemograma é um dos principais parâmetros laboratoriais para a detecção de alterações da hematopoiese em caso de toxicidade crônica pelo benzeno. Deve ser realizado pelo método automático com hemocitoscopia. Deve-se expressar que a coleta necessita ser realizada na ausência de jejum. O hemograma completo é obrigatório e permite avaliar as alterações, ao longo do tempo, permitindo diagnósticos precoces de benzenismo (MOREIRA; GOMES, 2011; ARCURI et al., 2005).



Os resultados do benzeno sobre os parâmetros sanguíneos têm sido vastamente estudados, estando bem documentados nos eritrócitos, leucócitos e nas plaquetas (WIWANITKIT; SOOGARUN; SUWANJAKSRI, 2004).

Segundo Arcuri et al., (2005), pessoas potencialmente expostas ao benzeno, todas as alterações hematológicas devem ser valorizadas, investigadas e justificadas.

No que se diz respeito ao histórico de alterações hematológicas em seus exames de hemograma, apenas 1 dos entrevistados ressaltou que já teve problemas no sistema hematológico, uma anemia, porém não foi desenvolvida pela exposição frente a gasolina e que nos dias atuais não possui esta alteração sanguínea.

As alterações hematológicas periféricas dos funcionários expostos pelo benzeno são extremamente variáveis. Este estudo tem a finalidade de assegurar a constatação das anormalidades (RUIZ et al., 1994).

Foi observado no estudo a relação do perfil hematológico quantitativo e qualitativo dos entrevistados frente a exposição ao benzeno, um dos entrevistados aparece com uma leucocitose acentuada $24.3 \times 10^3/uL$, estando fora do valor de referência da normalidade, onde foi apresentado também no estudo do autor Ruiz et al., (1993). Como pode ser visto nas tabela 3 a seguir.

Que segundo Bain (2007), os valores de referência para os leucócitos são de $3.7 \times 10^3/uL - 9.5 \times 10^3/uL$.

E em um dos entrevistados dado alarmante que pode ser um indício de uma anemia, resultados esses que corroboram-se com os estudos de Ruiz et al., (1993) onde observou-se anemia em somente um caso. Onde ele indagou que a presença de anemia obrigará a pesquisa etiológica, que poderá ser a uma doença independente, ou a toxicidade medular induzida pelo benzeno. Como pode-se observar na tabela 3.

O benzeno é um agente que regularmente produz falência medular por conseguinte, anemia (CERQUEIRA et al., 2010; FONSECA; PAQUINE, 2002).



Na análise qualitativa das lâminas, pode-se observar que alguns dos entrevistados tiveram alterações quanto ao tamanho das hemácias (anisocitose) mesmo sem alteração qualitativa caracteriza uma anisocitose leve, referente também ao tamanho e forma das hemácias (anisopeilocitose) com elipitócitos, micróitos, macrócitos, esquizócitos e oválocitos hipocromia o que representa diminuição da taxa de hemoglobina nos glóbulos vermelhos, além da presença de rouleaux onde seria o empilhamento dos eritrócitos que podem ser decorrentes da concentração elevada de fibrinogênio ou globulina. Leucocitose acentuada com neutrofilia relativa e absoluta e desvio à esquerda com bastão, foram alterações encontradas na série branca, como também uma discreta atípia por hiperbasofília citoplasmática, onde é caracterizada pela presença de linfócitos maiores que os normais, com o citoplasma mais volumoso e basofílico, Como se pode observar na tabela 4.

Resultados estes, que só se assemelham-se com os estudos dos autores Moreira; Gomes (2011) e Ruiz et al., (1993) a anemia como alteração do sangue periférico, onde em seus resultados obtiveram também o pontilhado basófilo, policromasia e os eritroblastos periféricos.



Tabela 3 – Perfil hematológico dos funcionários que participaram da realização do hemograma.

Funcionários	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Leucócitos	Plaquetas
1	4.83 x 10 ⁶ /uL	14.4 g/dL	44.2%	7.4 x 10 ³ /uL	171 x 10 ³ /uL
2	4.27 x 10 ⁶ /uL	12.3 g/dL	39.4%	9.2 x 10 ³ /uL	273 x 10 ³ /uL
3	4.17 x 10 ⁶ /uL	11.3 g/dL	36.2%	6.7 x 10 ³ /uL	286 x 10 ³ /uL
4	4.85 x 10 ⁶ /uL	13.7 g/dL	43.0%	6.6 x 10 ³ /uL	199 x 10 ³ /uL
5	4.10 x 10 ⁶ /uL	12.1 g/dL	38.2%	24.3 x 10 ³ /uL	306 x 10 ³ /uL
6	3.96 x 10 ⁶ /uL	8.7 g/dL	29.8%	7.4 x 10 ³ /uL	425 x 10 ³ /uL
7	4.66 x 10 ⁶ /uL	12.5 g/dL	41.2%	4.8 x 10 ³ /uL	235 x 10 ³ /uL
8	3.89 x 10 ⁶ /uL	12.4 g/dL	38.7%	7.2 x 10 ³ /uL	385 x 10 ³ /uL
9	5.79 x 10 ⁶ /uL	17.4 g/dL	54.8%	7.8 x 10 ³ /uL	196 x 10 ³ /uL
10	3.89 x 10 ⁶ /uL	11.8 g/dL	38.2%	5.7 x 10 ³ /uL	245 x 10 ³ /uL
11	5.07 x 10 ⁶ /uL	13.5 g/dL	43.7%	7.5 x 10 ³ /uL	264 x 10 ³ /uL
12	5.33 x 10 ⁶ /uL	15.4 g/dL	48.5%	6.7 x 10 ³ /uL	304 x 10 ³ /uL

Fonte: Dados do próprio autor.



Tabela – 4 Análises dos resultados qualitativos da lâmina e tempo no benzeno.

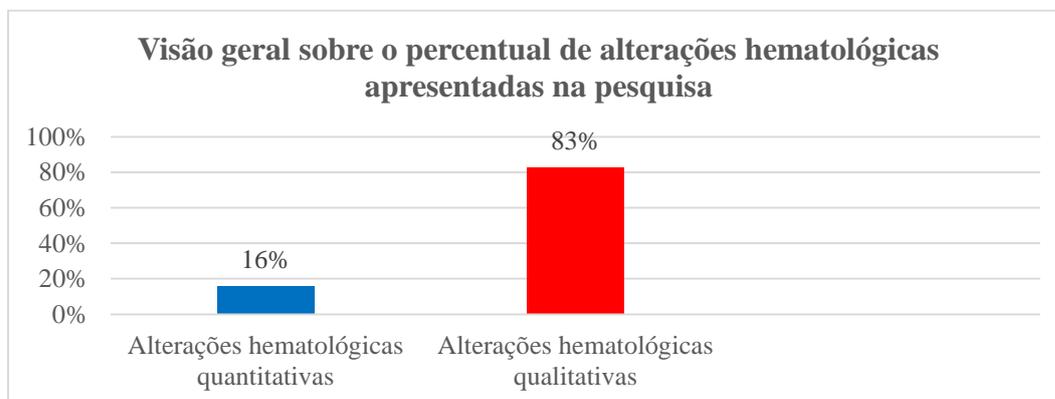
Funcionários	Análise da Lâmina	Tempo de Atuação
1	Anisocitose leve	> 10 anos
2	Anisocitose leve	2 a 5 anos
3	Anisocitose leve	1 a 2 anos
4	Anisocitose leve	1 a 2 anos
5	Anisocitose leve, leucitose acentuada com neutrofilia relativa e absoluta e desvio à esquerda e bastão	1 a 2 anos
6	Hipocromia com microcitose heterôgenea, anisopecilocitose com elipitócitos, micróitos e esquizócitos	1 a 2 anos
7	Presença de roleaux	1 a 2 anos
8	Normal	1 a 2 anos
9	Normal	> 10 anos
10	Hipocromia	1 a 2 anos
11	Hipocromia, anisopecilocitose leve com eliptócitos, mácrocitos e ovalócitos	1 a 2 anos
12	Discreta atípia para hiperbasofilia	> 10 anos

Fonte: Dados do próprio autor.

Sabe-se que quanto maior o tempo de exposição, maiores são os danos para o organismo do trabalhador (CERQUEIRA et al.,2010).



Figura 3: Visão geral sobre o percentual de alterações hematológicas, observadas na pesquisa.



Fonte: Dados do próprio autor.

Foi observado no estudo que 16% dos entrevistados não possui nenhuma alteração hematológica qualitativas e quantitativas, os outros 16% dos entrevistados demonstraram alterações hematológicas quantitativas onde um dos entrevistados apresentaram leucócitos muito acima do normal, outro apresentou hemácias, hemoglobina e hematócrito abaixo dos valores de referência de uma pessoa sadia, em outros dois entrevistados atípia e baixa de hemoglobina, respectivamente. Porém 83% dos entrevistados possuem as alterações hematológicas qualitativa como foi descritas detalhadamente na tabela 4, onde se observou na análise das lâminas.

De acordo com Brasil (2001), o aumento do número de leucócitos em patologias do trabalho pode ser um sinal precoce de efeitos leucemogênicos, decorrentes da exposição ao benzeno como também das radiações ionizantes. Paralelamente, esses efeitos hematológicos pode anteceder o aparecimento de anemia aplásica.

A partir dos conhecimento destes dados as autoridades de Saúde Pública, poderão elaborar material educativo para mostrar a população exposta aos componentes da



gasolina, sobre os riscos aos quais estes funcionários estão expostos e as medidas de proteção mais cabíveis, buscando uma maior saúde do trabalhador.

CONCLUSÃO

Após a apresentação dos dados desta pesquisa, e do conhecimento que o benzeno é um agente mielotóxico, que pode provocar graves danos à saúde, a caracterização das alterações hematológicas, com às reais informações passadas pelos entrevistados, se adequa a realização de medidas preventivas associadas à continuidade do risco ocupacional. Sugerindo que estes utilizem equipamentos individuais adequados para o seu trabalho, cuidados com a higiene pessoal, estabelecendo assim um maior cuidado diante desse agente tóxico.

Estes resultados da pesquisa, demonstram alterações hematológicas do sangue periférico, como podemos citar a presença de um grande número de leucócitos (Leucocitose) como também hipocromia heterogênea, e a grande maioria com a forma e o tamanho das hemácias divergentes do normal, o que se mostra que independente do tempo de exposição, o funcionário está sujeito a apresentar variações no sangue. Sabendo também que têm vários fatores que podem estar unidos no desenvolvimento dessas alterações, porém devido à importância do benzeno ser um agente tóxico, esses resultados corroboram para que sejam investigados.

A baixa utilização de EPI's por partes dos funcionários dos postos de combustíveis neste estudo evidencia que as alterações encontradas podem vir a ser por falta do uso dos equipamentos de proteção, deixando o funcionário exposto diretamente ao combustível.



Assim, se torna necessário outras pesquisas para a busca de condições plenas de saúde do trabalhador dos postos de combustíveis, que estão diariamente expostos ao benzeno, sendo um agente toxicante altamente carcinogênico.

REFERÊNCIAS

ARCURI, A.; COSTA, A.; MACHADO, J.; CARDOSO, L.; MAGRINI, R.; MARRA, V. **Vigilância do risco químico módulo do Benzenismo**. Versão para consulta pública. Área Técnica de Saúde do Trabalhador, Ministério da Saúde, p. 1-38, 2005.

ATSDR. **Toxicological profile for benzene**. Atlanta, 2007. Disponível em: <<http://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp3.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

BARATA-SILVA, C.; MITRI, S.; PAVESI, T.; SAGGIORO, E., MOREIRA, J.C.; Benzeno: reflexos sobre a saúde pública, presença ambiental e indicadores biológicos utilizados para a determinação da exposição. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 329-342, 2014.

BONETTI, T. M. **Desenvolvimento de metodologia analítica para a avaliação de contaminações atmosféricas por BTEX em postos de abastecimento de combustíveis**. 2011. 153 f. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Engenharia Química) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BAIN, B: **Células Sanguíneas: um guia prático**, 4 ed, Editora Arimed, v. 616, p. 15-16.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Representação no Brasil da OPAS/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde de São Paulo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMARGO, C. P. **Efeitos do benzeno, em ultra e altas diluições, frente ao benzolismo experimental agudo em camundongos**. 2008. 49 f. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária) – Faculdades de Ciências Agrárias e Veterinárias, Jaboticabal, SP, 2008.



CAZARIN, G. **Doenças hematológicas e ambiente:** estudo do registro de condições de risco em serviço especializado. 2005. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

CERQUEIRA, G. S.; LIMA, T. A. J.; ROCHA, N. F. M.; FREITAS, A. P. F.; MARIZ, S. R.; VASCONCELOS, T. C. Exposição ocupacional: um estudo com trabalhadores de postos de combustíveis do sertão paraibano. **Revista Saúde e Ciência**, v. 1, n. 2, p. 57-66, 2010.

CERQUEIRA, G. S.; FÉLIX, S. A.; BARBOSA, R. S.; FRANÇA, M. G. L.; SILVA, R. C.; ASSIS, J. J. C.; MARTINS, C. S.; FREITAS, R. M. Exposição ocupacional a gasolina: um estudo transversal. **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v. 6, n. 1, p. 05-14, fevereiro, 2013.

COUTRIM, M. X.; CARVALHO F. L. R.; ARCURI, A. S. L. Avaliação dos métodos analíticos para a determinação dos metabólitos do benzeno como potenciais biomarcadores de exposição humana ao benzeno no ar. **Revista Química Nova**, v. 23, n. 5, 2000.

D'ALASCIO, R. G.; MENEGALI, M.; BORNELI, A. S.; MAGAJEWSKI, F. Sintomas relacionados à exposição ocupacional ao benzeno e hábitos ocupacionais em trabalhadores de revenda de combustíveis a varejo na região sul de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 12, n. 1, p. 9-21, 2014.

D'AMBROS, D. Os efeitos dos combustíveis na saúde dos trabalhadores de postos de abastecimentos. **Dambros Tecnologia em Segurança do Trabalho**. Disponível em: <<http://www.dambros.com.br/HTML/artigos5asp>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

DIB, A.; OLIVEIRA, L. R. Z.; DIAS, O. A.; TORRES, A. R. R.; SILVERIA, N. A. Avaliação da qualidade do sêmen e do estado geral de saúde de frentista de postos de gasolina na cidade de Goiânia. **Revista Estudos**, Goiânia, v. 34, n. 11/12, p. 955-977, 2007.

FONSECA, T. C. C.; PAQUINE, R. Anemia aplástica severa: análise dos pacientes pediátricos atendidos pelo serviço de transplante de medula óssea do Hospital de



Clínicas de Curitiba no período de 1979-1993. **Revista Associação de Medicina Brasileira**. São Paulo, v. 48, n. 3, 2002.

FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO (FUNDACENTRO). **Efeitos da exposição ao benzeno para a saúde**. Série Benzeno. Fascículo 1, São Paulo, Ministério do Trabalho e Emprego, 2012.

LÉON, L. M. O. **Indetificación de alteraciones hematológicas por exposición a benceno, en los despachadores de dois estaciones de servicio de gasolina em quito, durante em período enero – maio de 2013**. 2013. 72 f. Dissertação (Master en salud y seguridad ocupacional) – Universidad Internacional SEK, Quito, 2013.

MARQUES, T. B. **Caracterização do risco ocupacional em frentistas da cidade de Campina Grande/PB**. 2011. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Campina Grande – PB. 2011.

MARTINS, M. K. S.; CERQUEIRA G. S.; SAMPAIO A. M.; LOPES A. A.; FREITAS R. M. Exposição Ocupacional aos Agrotóxicos: Um Estudo Transversal. **Revinter Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v. 5, n. 3, p. 6-27, Out. 2012.

MORREIRA, G. M.; GOMES, S. F. Intoxicação ocupacional pelo benzeno: um assunto de saúde ambiental. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 68, n. 2, p. 171-174, jul/dez. 2011.

RUIZ, M. A.; VASSALLO, J.; SOUZA, C. A. Alterações hematológicas em pacientes expostos cronicamente ao benzeno. **Revista Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 145-151, 1993.

RUIZ, M. A.; AUGUSTO, L. G. S.; VASSALO, J.; VIGORITO, A. C.; LORAND – METZE, I.; SOUZA, C. A. Bone marrow morphology in neutropenic patients due to chronic exposition to organic solvents (benzene): early lesions. **Pathology Research and Practice**, v. 190, n. 2, p. 151-154, 1994.

SILVA, E. F.; MAINIER, F. B. **Contaminações ambientais provocadas pelo benzeno existente na gasolina automotiva**. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://professores.aedb.br/seget/artigos04/85_Benzeno.doc> Acesso em: 12 mar. 2015.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2015

WIWANITKIT. V; SOOGARUN. S; SUWANJAKSRI. J. Urine phenol na myeloperoxidase index: na observation in benzene exposed subjects. **Revista Lewk Lymphona**, v. 45, n. 8, p. 1643-1645, 2004.



Avaliação do perfil hematológico com trabalhadores de postos de combustíveis expostos ao benzeno na cidade de São José do Egito – PE

Páginas 56 a 76

Artigo

ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL REALIZADA PELO ENFERMEIRO

ASSISTANCE IN THE PRENATAL ACCOMPLISHED FOR NURSE

Vanuza Pereira Siqueira¹
Mona Lisa Lopes dos Santos²
Maryama Naara Felix de Alencar³
Maria Mirtes da Nóbrega⁴

RESUMO – O pré-natal é o período antes do nascimento, uma assistência de qualidade é importante na redução da mortalidade materno fetal, o enfermeiro adota medidas que proporcionam a saúde e bem estar da mãe e do bebê, e acompanha a evolução da gestação para detectar precocemente possíveis complicações. O estudo tem como objetivo avaliar a assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro através da percepção das gestantes, trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde da família no município de Patos PB, a população do estudo foi constituída por 34 gestantes, tendo como amostra 19 gestantes, e que aceitaram a participar assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. os resultados mostraram que a maioria das gestantes eram casadas e tinham idade abaixo de 30 anos, apresentam grau de escolaridade elevado, As mesmas possuem conhecimento sobre a importância da consulta de pré-natal, 100% das entrevistadas classifica a consulta realizada pelo enfermeiro como ótima. todas as participantes afirmam receber alguma orientação dada pelo enfermeiro. Ao final do estudo podemos verificar que a assistência realizada pelo enfermeiro é satisfatória, pois todas as entrevistadas afirmam que a consulta de pré-natal atende as suas necessidades.

PALAVRAS CHAVES: Assistência de Enfermagem. Pré-natal. Percepção das Gestantes.

¹ Bacharelado em Enfermagem nas Faculdades Integradas de Patos- FIP.

² Enfermeira Especialista em Saúde Pública, Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das FIP.

³ Enfermeira Mestre em Saúde Coletiva, Professora das Faculdades Integradas de Patos-FIP.

⁴ Enfermeira Mestre em Ciências da Educação, professora das Faculdades Integradas de Patos.



ABSTRACT – Prenatal is the period before of the birth, an assistance of quality is important in the reduction of the fetal maternal slaughter, the nurse measures that propose the health and comfort of the mother and baby, it accompanies the evolution of the pregnancy to detect precociously possible complications. The study has like objective evaluate the assistance prenatal accomplished for nurse through of perception of the pregnant women, treat of a search exploratory, descriptive with boarding quant qualitative. The search was accomplished in a health unity family in Patos PB municipality, the population of study was constituted for thirty-four pregnant women, it having like sample nineteen pregnant women, and that accepted to communicate subscribing the consent term free and cleared. The results show the majority of the pregnant women were married and they had age down thirty years old, present degree of schooling high. The same possess knowledge about the importance of the consultation of prenatal, hundred percent of the interviewee classify the consultation accomplished for nurse like excellent. Everybody participants affirm receive some orientation gave for nurse. At the end study we can verify that assistance accomplished for nurse is satisfactory, because everybody the interviewee affirm that consultation of prenatal attend at the your necessities.

KEYWORDS: Assistance of nursing. Prenatal. Perception of the pregnant women.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é muito importante, pois ajuda a diminuir as complicações que podem surgir no decorrer da gestação, uma boa assistência prestada pelo enfermeiro com informações precisas sobre a gravidez, contribui para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal, é necessário acolher de forma humanizada por parte do enfermeiro e da equipe multiprofissional, utilizando linguagem simples e clara para melhor entendimento da gestante e tirando suas dúvidas, para que forme um vínculo de confiança entre o profissional e a cliente.

A gestação é um fenômeno fisiológico normal, sua evolução se dá, na maioria dos casos, sem complicações, os dados estatísticos mostram que 90% das gestações de baixo risco iniciam, evoluem e terminam sem intercorrências, outras, porém, já começam com



problemas ou estes surgem ao longo dos meses de gravidez, formando o grupo de gestante de alto risco. O objetivo da assistência pré-natal é o de garantir o bom andamento das gestantes de modo geral e de identificar precocemente as pacientes com chances de apresentar uma evolução desfavorável (FREITAS, et al., 2006).

Segundo Barros (2009) a atenção pré-natal não previne na maioria das gestantes complicações do parto, como as hemorragias, obstrução do trabalho de parto, entre outras. Porém, quando realizadas determinadas intervenções durante o período gestacional poderá, reverter e favorecer o prognóstico materno e fetal.

A assistência pré-natal deve ser realizada por profissionais capacitados, com conhecimentos técnicos científicos, para lidar com situações no qual possa identificar precocemente doenças que se estalem durante o período gravídico como anemias, infecção urinária, hipertensão arterial, desnutrição, diabete gestacional e entre outras.

Segundo Fernandes (2007) a saúde é um dos direitos fundamentais previsto na constituição, e dever do estado, que deve garantir o acesso aos serviços de saúde as mulheres, assegurando a equidade, a igualdade e a integralidades das ações.

O pré-natal corresponde a uma serie de procedimento que tem a finalidade de acolher a gestante de maneira qualificada e humanizada, e ao final da gestação, garantir o nascimento de uma criança saudável. A gestação e o parto são eventos que fazem parte da sexualidade feminina, essa experiência pode gerar mudanças, dependendo da história de vida de cada gestante (COSTA, et al., 2013).

Através dos estágios supervisionados, foi observado que a assistência pré-natal é importante na vida do binômio mãe-feto, o enfermeiro tem um papel fundamental quanto aos cuidados prestados a gestante. Triage, orientações, atividades educativas, acolhimento, identificar gestação de alto risco, promoção de saúde, prevenção de doenças, entre outras funções estabelecidas pelo enfermeiro. Essa assistência deve ser iniciada quando a gravidez for diagnosticada, quanto mais cedo, melhor são os resultados



alcançados. Durante esse acompanhamento surge a seguinte problemática: como vem sendo realizada a assistência de pré-natal pelo enfermeiro, sob a visão das gestantes?

O objetivo é avaliar a assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro através da percepção das gestantes, e identificar de que forma vem sendo realizadas as consultas de pré-natais e o conhecimento das gestantes em relação do mesmo.

Esse estudo contribuirá para melhor desempenho dos profissionais e estudantes de saúde, que prestam essa assistência pré-natal. A realização desta pesquisa nos permite saber se as gestantes estão satisfeitas com a consulta pré-natal prestada pelo enfermeiro da ESF, se está atendendo suas necessidades.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo exploratório, descritiva com abordagem quantiquantitativa. A pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde da família, localizada no município de Patos-PB. A população foi constituída pelas 34 gestantes cadastradas na respectiva unidade de saúde. A amostra foi composta por 19 gestantes que, após terem escutado a apresentação dos objetivos do estudo, aceitaram a participar assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Essas gestantes apresentaram os seguintes critérios de inclusão: estavam aguardando a consulta de pré-natal; aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos da pesquisa as demais gestantes que realizaram o pré-natal com outros profissional de saúde e não estavam dentro dos critérios expostos acima.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário semi-estruturado, contendo perguntas objetivas e subjetivas, o mesmo foi composto por dados socioeconômicos e demográficos, na primeira parte, e na segunda os dados referentes ao objetivo do estudo. A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual, com



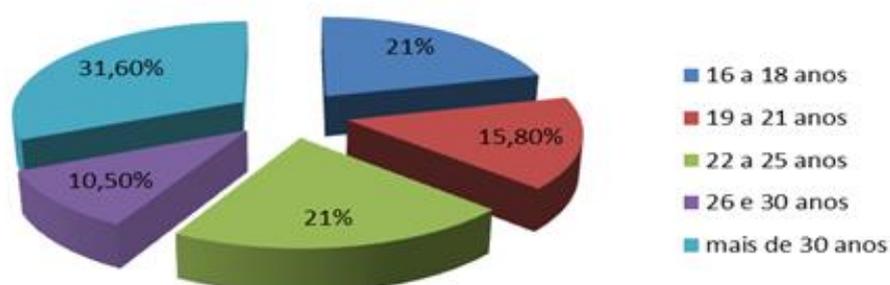
tempo estimado de aproximadamente 15 minutos, em local tranquilo para não interferir nos resultados, onde houve explicação acerca da pesquisa. Os dados coletados foram submetidos a análise estatística simples e disponibilizados através de gráficos e/ou tabelas, com auxílio do programa Excel Office 2007, onde foram analisados estatisticamente e fundamentados através da literatura pertinente..

A coleta foi realizada após obter o consentimento legal para realização da pesquisa. Levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisa que envolve seres humanos, conforme descrito na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regula a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Sendo utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual assegurou a garantia de que a privacidade do sujeito tenha sido preservada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados da pesquisa sobre a faixa etária dos participantes

Gráfico 1 – Dados referentes a faixa etária dos participantes



De acordo com os dados apresentados no **gráfico 1 (um)**, percebemos que mais de 60% das entrevistadas, tinham idade abaixo de 30 anos, sendo que 21% se encontravam na fase da adolescência e 31,60% estavam na faixa etária acima de 30 anos.

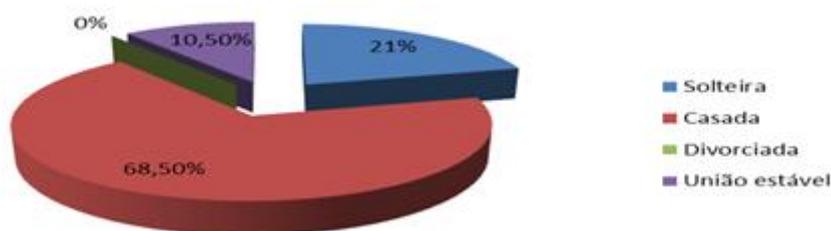
Analisando essa variável na literatura, podemos afirmar que, a maioria das gestantes encontra-se em idade que não oferece riscos, dando suporte ao profissional para seguir um pré-natal de baixo risco de acordo como é preconizado pelo Ministério da Saúde.

A idade é um fator de risco para a gestação, sendo considerada gravidez mulheres que apresentam idade menor que 15 e maior que 35 anos (BRASIL, 2012).

A gravidez na adolescência pode causar problemas graves devido a sua imaturidade física e psicológica, início tardio do pré-natal, falta de apoio dos familiares, dificuldade nos estudos, estabilidade financeira, isso afeta a qualidade de vida (CARVALHO, et al., 2013).

Dados da pesquisa sobre o estado civil das participantes

Gráfico 2 – Dados referentes ao estado civil dos entrevistados

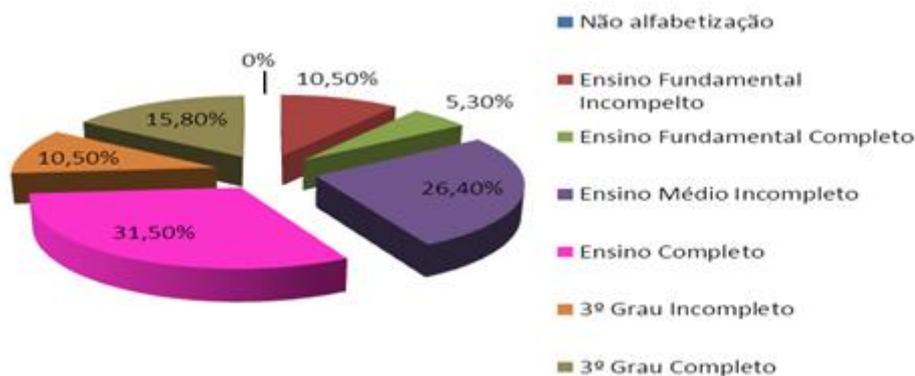


Analisando o **gráfico 2 (dois)** que se refere ao estado civil das participantes, observamos que 68,50% são casadas, 21% solteiras e 10,50% divorciadas.

Verifica-se que a maioria das gestantes entrevistadas era casada, quando a grávida grávida tem o apoio do companheiro, isso contribui para um bom desenvolvimento na desenvolvimento na gestação e bem estar da mulher. Dessa forma, mulheres que tem tem parceiros fixos, diminuem os riscos de adquirir uma DST e por receberem apoio e apoio e companhia masculina, responsável também por tudo que há de vir, evitam problemas emocionais, que possam tirar a tranquilidade e bem estar no período gestacional. A situação conjugal de uma gestante muitas vezes interfere no desenvolvimento da gravidez, tanto pelo apoio emocional como pelo apoio econômico (FERREIRA, et al., 2014).

Dados da pesquisa sobre a escolaridade das participantes

Gráfico 3 – Dados referentes à escolaridade dos participantes



No **gráfico 3 (três)**, podemos observar que 10,50% das entrevistadas tem ensino fundamental incompleto, 5,30% estão no ensino fundamental completo, sendo que 26,40% tem ensino médio incompleto. Das que apresentam um pouco mais de

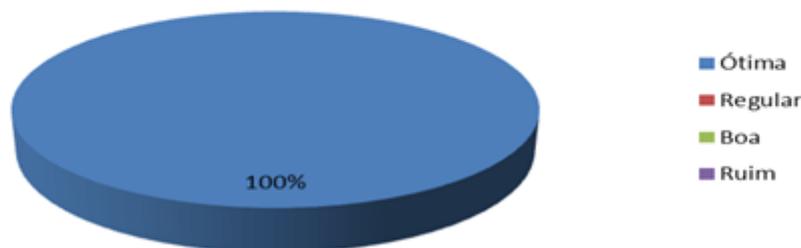


escolaridade percebe-se que, 31,50% apresentam ensino médio completo, 10,50% terceiro grau incompleto, e apenas 15,80% ensino superior

A escolaridade é considerada um fator de risco para gestante, à medida que o nível escolar vai diminuindo, percebe-se que a falta de conhecimento a respeito das condições de funcionamento de seu corpo, equivale a um fator elevado de exclusão social (SOUZA, et al., 2013).

Dados da pesquisa sobre a avaliação das participantes sobre a consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro

Gráfico 4 – Dados referentes à avaliação das participantes sobre a consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro



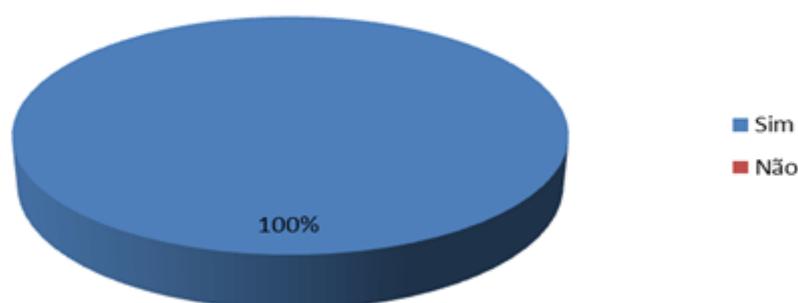
No gráfico 4 (quatro), demonstra que 19 (100%) das gestantes avaliam a consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro como ótima.

O profissional enfermeiro busca contribuir para gravidez sem complicações e um nascimento, de uma criança saudável, está apto e disponível a adotarem condutas benéficas para a saúde do binômio gestante-bebê, interessados em promover qualidade de vida, cumprindo com a realização de condutas (JORGE, et al.,2015).



Dados da pesquisa sobre o atendimento das necessidades das gestantes

Gráfico 5 – Dados referentes ao atendimento das necessidades das participantes



Analisando os dados no **gráfico 5 (cinco)**, observamos que 19 (100%) das entrevistadas, afirmaram que as consultas de pré-natal atendem as suas necessidades. Isso significa que os cuidados realizados pelo enfermeiro estão suprimindo suas necessidades. As medidas adotadas pelo profissional são eficazes, mostrando que o serviço encontra-se organizado para atender essas gestantes.

Estudos realizados por Moura et al., (2015) verificou-se que 70% da amostra afirmaram que a consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro atende as suas necessidades.



Dados da pesquisa sobre a importância da consulta de pré-natal para as entrevistadas

QUADRO 1 – Dados referentes às respostas das entrevistadas sobre a importância da consulta de pré-natal

RESPOSTAS DAS ENTREVISTADAS	Nº	%
Para a saúde do bebê e da mãe.	11	57,90
Acompanhar o crescimento do bebê.	03	15,80
Para não ocorrer nenhuma complicação na hora do parto	01	5,26
Acompanhar e esclarecer dúvidas.	01	5,26
Para saber sobre a saúde do bebê, se ele se encontra com alguma má formação.	01	5,26
É importante a consulta por que aprendemos a cuidar da nossa saúde e a do bebê.	01	5,26
Acompanhamento gestacional, para evitar ocorrências desagradáveis à saúde materna e fetal.	01	5,26
TOTAL	19	100%

No **quadro 1 (um)** mostra que 11(57,90%) das gestantes entrevistadas falam que é importante a consulta de pré-natal para a saúde do bebê e da mãe, 03(15,80%) gestantes entendem que o pré-natal é importante para acompanhar o crescimento do bebê.

A importância da realização do pré-natal está voltada as necessidades que a mulher no seu período gravídico vivencia, devido às transformações biopsicossociais, que ela terá que se adaptarem em prol da saúde do binômio mãe-filho, diversas adaptações favorecem a saúde do bebê que está por vir (COSTA, et al., 2013).



Dados da pesquisa sobre como são realizadas as consultas de pré-natal para as

QUADRO 2 – Dados referentes às respostas das entrevistadas sobre: como são realizadas as consultas de pré-natal

RESPOSTAS DAS ENTREVISTADAS	Nº	%
Verificação de pressão, peso, medição da altura uterina, ausculta do coração do bebê.	14	73,70
Primeira consulta de pré-natal.	01	5,26
A consulta é mensal.	02	10,52
Anotações de exames e verificação da pressão.	01	5,26
Passam exames de rotinas, vacinas, vitaminas.	01	5,26
TOTAL	19	100%

No **quadro 2 (dois)** demonstra alguns dos procedimentos realizados pelo enfermeiro na consulta pré-natal. Através dos dados, percebemos que as gestantes estão sendo bem assistidas pelo enfermeiro, pois o mesmo presta uma assistência integral e de qualidade, de acordo com o que este preconizado pelo Ministério da Saúde, dando melhores condições de saúde para mãe e filho.

A realização do pré-natal de qualidade influi na redução das taxas de mortalidade materna, isto é, certificado a ocorrência de um parto sem intercorrência (SOUZA, et al., 2013).



Dados da pesquisa sobre as orientações dadas pelo enfermeiro na consulta de pré-natal para as entrevistadas

QUADRO 3 – Dados referentes as principais orientações dadas pelo enfermeiro durante as consultas de pré-natal

RESPOSTAS DAS ENTREVISTADAS	Nº	%
Orientação sobre alimentação e atividade física	08	42,10
Evitar sal, massas, doces e comer frutas e verduras.	04	21,06
Cuidados com o bebê, a importância do aleitamento materno, nutrição.	01	5,26
Cuidados com risco domésticos e cuidados com a pressão.	04	21,06
Repouso e alimentação saudável	01	5,26
Orientação como está o bebê, ensinar a contar as semanas de gestação.	01	5,26
TOTAL	19	100%

No **quadro 3 (três)** mostra que 08 (42,10%) das gestantes afirmaram que as principais orientações dada pelo enfermeiro, durante as consultas de pré-natal, foram: sobre alimentação e atividade física, 04 (21,06%), afirmaram serem orientadas a evitar sal, massas e doces, e comerem frutas e verduras, 01 (5,26%) afirmou os cuidados com bebê, a importância do aleitamento materno e a nutrição, 04 (21,06%), sobre os cuidados com os riscos domésticos e pressão arterial, 01 (5,26%) gestante foi orientada sobre o repouso e alimentação saudável, 01 (5,26%) das gestantes recebeu orientação como está o bebê, e ensinar a contar as semanas de gestação.

A orientação sobre alimentação saudável, atividade física devem ser ações constantes do profissional na atenção básica de saúde, a fim de tornar o dia-dia das gestantes mais ativo. É importante lembrar a gestante a evitar fumo e consumo de álcool, pois são atos prejudiciais a sua saúde e o crescimento do bebê (BRASIL, 2012).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pré-natal adequado é fundamental para evitar as intercorrências durante a gestação, o papel do enfermeiro nesta consulta vai além da realização de procedimentos, inclui ações como orientações, exames físicos, solicitação de exames, visitas domiciliares, entre outras. Dessa forma, é responsabilidade do enfermeiro junto a gestante no acompanhamento das consultas de pré-natal, pois cada gestante tem suas necessidades e particularidades proporcionando melhor qualidade de vida para a mãe e a criança.

É necessário que o enfermeiro mostre alto interesse na gestante tornando a assistência mais eficaz reduzindo índices de complicações que ocorre durante a gravidez. Os dados obtidos no estudo mostram que, as gestantes avaliam a consulta de pré-natal como ótima. As gestantes afirmam possuírem conhecimento da importância pré-natal, e todas foram orientadas adequadamente e falam serem bem assistidas pelo enfermeiro.

Nas consultas as dúvidas esclarecidas favorecer a interação entre a gestante e o profissional de saúde, tornando um vínculo de confiança e carinho. Ao concluirmos a pesquisa, observamos que a assistência de enfermagem na consulta de pré-natal é de extrema importância, pois as gestantes afirmam que estão satisfeitas com essa assistência realizada pelo enfermeiro.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução 466/20 12.

_____, Ministério da Saúde. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA: ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. Brasília, MS, 2012.



BARROS, S. M. O de. ENFERMAGEM OBSTETRICA E GINECOLOGICA : guia para a prática assistencial. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

CARVALHO, C, M et al., ORIENTAÇÕES NO PRÉ-NATAL: O QUE DEVE SER TRABALHADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A REALIDADE ENCONTRADA. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, Nº.02, p.110-23 Ano 2013. Disponível:

<http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/387/pdf>

COSTA, K, F et al., PERCEPÇÃO DAS GESTANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO ENFERMEIRO DURANTE O PRÉ-NATAL. **R. Interd.** v.6, n.4, p.86-94 ,out.nov.dez. 2013. Disponível:

http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/118/pdf_70

FERNANDES, R. A. Q; NARCHI, N. Z. ENFERMAGEM E SAÚDE DA MULHER. Barueri SP: Manole, 2007.

FERREIRA, T, N et al., A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO PATERNA DURANTE O PRÉ-NATAL: PERCEPÇÃO DA GESTANTE E DO PAI NO MUNICÍPIO DE CÁCERES-MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.05, Nº. 02, p.337-45. Ano 2014 Disponível:

<http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/622/pdf>

FREITAS, Fernando et al., ROTINAS EM OBSTETRICIA. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

JORGE, H, M, F et al., ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E POLITICAS PUBLICAS DE SAÚDE DA MULHER: REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 28(1): 140-148, jan./mar., 2015. Disponível:

<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2864/pdf>

MOURA, S, G et al., ASSISTENCIA PRE-NATAL REALIZADA PELO ENFERMEIRO (A): UM OLHAR DA MULHER GESTANTE. **J. res.: fundam. care.** online 2015. jul./set. 7(3):2930-2938. Disponível:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3542/pdf_1651

SOUZA, B, C et al., O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL REALIZADO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA-PSF. INTERFACES CIENTÍFICAS -



Temas em Saúde

Volume 15, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2015

SAÚDE E AMBIENTE • Aracaju • V.2 • N.1 • p. 83-94 • out. 2013. Disponível:
<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/796/525>



Assistência no pré-natal realizada pelo enfermeiro

Páginas 77 a 91

Artigo

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES NA CIDADE DE
POMBAL-PB**

**INCIDENCE OF SYPHILIS IN PREGNANT WOMEM IN THE CITY OF
POMBAL-PB**

Esmeralda Cristina de Sousa¹
Jheison de Sousa Gonçalves²
Alessandra de Oliveira Medeiros³
Maria Luísa Souto Porto⁴

RESUMO - A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida por via sexual entre pessoas infectadas sem o uso de preservativos e verticalmente durante a gestação ou durante o parto. Caracteriza-se por períodos de atividade e latência, pelo acometimento sistêmico disseminado e pela evolução para complicações mais graves em pacientes que não trataram ou que foram tratados inadequadamente. Devido à falta de qualidade nos serviços assistencial de pré-natal, a sífilis ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Com isso, surgiu o interesse em realizar esta pesquisa, que teve como objetivo investigar a incidência de sífilis em gestantes no Hospital Regional de Pombal-PB no período de 2013 a 2014. Tratou-se de um estudo observacional retrospectivo através da análise de prontuários de gestantes atendidas no serviço. Dentre os 759 prontuários analisados, foram observados a positividade de 1,32% do VDRL em gestantes. A faixa etária mais atingida foi de 20 a 29 anos. Conclui-se que uma assistência pré-natal adequada e atenção especial para o completo registro dos dados, bem como o conhecimento do perfil da doença, permitindo traçar estratégias de ações direcionadas, visando à prevenção e o controle da sífilis gestacional.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis na gestação. Pré-natal. Incidência. Prevenção.

¹ Bacharel em Biomedicina, Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: esmeralda.cs@hotmail.com

² Bacharel em Biomedicina e Preceptor do BIOLAB das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

³ Bacharel em Biomedicina, Faculdades Integradas de Patos – FIP.

⁴ Bacharel em Biomedicina. Mestre. Docente nas Faculdades Integradas de Patos – FIP.



ABSTRACT - Syphilis is an infectious disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*, sexually transmitted among people infected without the use of condoms and vertically during pregnancy through to the baby through the placenta or during delivery. It is characterized by periods of activity and latency, disseminated systemic involvement and evolutions to more serious complications in patients not treated or have been treated improperly. Due to lack of quality healthcare services in the prenatal, syphilis is still a serious public health problem in Brazil and worldwide. As a result, our interest in this research emerged, which aimed to investigate the incidence of syphilis in pregnant women at the Regional Hospital of Pombal-PB from 2013 to 2014. This was a retrospective observational study by analyzing records of pregnant women attending the service. Among the 759 patient records analyzed, we observed a positive 1.32% of VDRL in pregnant women. The most affected age group was 20-29 years. We conclude that an adequate prenatal care and special attention to the full record of the data as well as the knowledge of the profile of the disease, enabling you to trace actions targeted strategies for the prevention and control of gestational syphilis.

Keywords: Syphilis. Syphilis in pregnancy. Prenatal. Incidence. Prevention.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é voltada às medidas preventivas de agravos durante o período gestacional, tendo como objetivos orientar a mãe para o parto, lactação, melhorias nutricionais e vacinação. É muito importante a realização de exames para prevenção ou detecção precoce de patologias e doenças sexualmente transmissíveis (OSIS et al., 1993).

Uma das DST's que ainda desafia os serviços de saúde pública é a sífilis, não só pela elevada frequência e contagiosidade, mas também pela sua gravidade. Trata-se de uma doença infecciosa aguda e crônica causada pela espiroqueta *Treponema pallidum* (*T. Pallidum*), adquirida pelo contato sexual e de origem congênita, também pode está relacionada com o baixo nível socioeconômico, com infecção por HIV, uso de drogas, gravidez na adolescência e comportamento sexual de risco (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).



É no período gestacional que a sífilis tem uma importância ainda maior, pois nessa fase pode ocorrer a transmissão transplacentária. A disseminação depende do tempo de gestação e varia de acordo com a fase clínica na gestante ou em qualquer fase da gestação se não tratada ou tratada inadequadamente. Se houver a transmissão da mãe para o filho, a doença pode se manifestar logo após o nascimento ou nos dois primeiros anos de vida (MAGALHÃES et al., 2011).

São vários os possíveis fatores de alterações congênitas desde a má formação do feto até a morte do bebê. Se a criança sobreviver, ela pode apresentar pneumonia, erupções bolhosas no corpo, cegueira, dentes deformados, problemas ósseos, surdez, deficiência mental, anemia severa e obstrução nasal. Algumas dificuldades são relacionadas ao diagnóstico, já que algumas crianças infectadas são assintomáticas (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009).

A evolução da sífilis é igual em gestantes e não gestantes, dependendo da forma de contágio em adquirida e congênita, em pessoas não tratadas a forma adquirida tem uma evolução dividida em três estágios ou fases: primária, secundária e terciária. São nos dois primeiros estágios os maiores índices de transmissão por contato sexual (BRASIL, 2008).

Com base nos dados do Ministério da Saúde, os testes sorológicos juntamente com os dados clínicos permanecem sendo utilizado como a principal forma de estabelecer o diagnóstico da sífilis. Atualmente, a pesquisa para sífilis é realizada com testes não treponêmicos, o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), que tem como antígeno a cardiolipina, é o teste não treponêmico sorológico de triagem para sífilis na gestante durante o primeiro e terceiro trimestre na gestação. Mesmo de elevada sensibilidade, de técnica simples, rápida e de baixo custo, a desvantagem é apresentar resultados falso-negativos e falso-positivos. Por isso recomenda-se a realização de testes treponêmicos confirmatórios mais específicos (ARAÚJO et al., 2008).



Dos testes treponêmicos FTA-Abs (Fluorescent treponemal antibody absorbed), TPHA (treponema pallidum hemagglutination) e ELISA (enzyme – Linked Immuno sorbent Assay), o teste de imunofluorescência indireta FTA-Abs (*T. pallidum* morto+ soro do paciente + antigamaglobulina), é o mais utilizado devido sua excelente especificidade, sensibilidade, baixo custo e de rápida execução. Sendo ele o primeiro a se tornar positivo no início da sífilis (RIBEIRO; SOUSA; PINTO, 2007).

Em 2013 no Brasil, o número total de casos notificados pelo SINAN (Sistemas de Informação de Agravos de Notificação) foi de 21.382, com uma taxa de 7,4 casos de sífilis em gestantes para cada 1.000 nascidos vivos. Na Região Nordeste o número total foi de 4.433 casos, com a taxa de 5,3 e na Paraíba o total de casos foram de 432, com a taxa de 7,6 (BRASIL, 2015).

Baseado nos altos índices de sífilis no Brasil e por ser um grande problema de saúde pública, surgiu o interesse em realizar o estudo da incidência da doença em gestantes no hospital regional de Pombal-PB, tendo como foco o enriquecimento do sistema de vigilância epidemiológica, possibilitando a realização de novas investigações científicas, bem como: ações de assistência, prevenção e promoção de saúde.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa observacional retrospectiva através da análise de prontuários de gestantes atendidas no Hospital Regional Senador Ruy Carneiro na cidade de Pombal-PB. As amostras foram compostas por 759 prontuários referentes ao diagnóstico de sífilis no período de 2013 a 2014. Esta pesquisa não apresentou riscos para os participantes, bem como para o pesquisador, pois foram utilizados apenas dados pessoais obtidos nos prontuários. O estudo teve como benefício proporcionar a população um melhor esclarecimento e conscientização a respeito do trabalho desenvolvido pelo

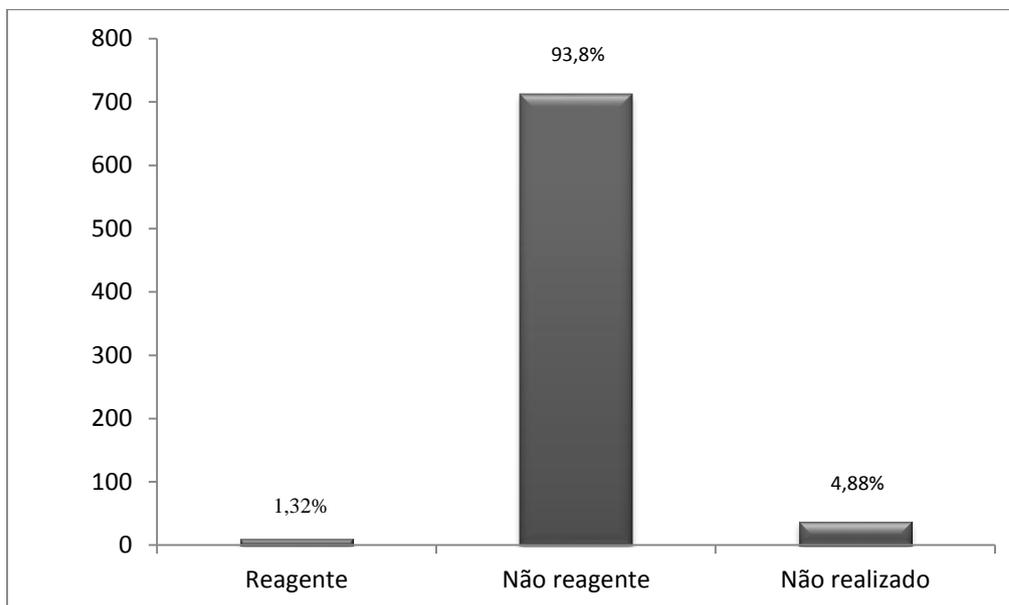


serviço, bem como informar a incidência de gestantes com sífilis. A coleta foi realizada através de dados existentes nos prontuários arquivados, cedidos pela Instituição diariamente durante o mês de setembro de 2015. Os dados dos prontuários foram analisados, tabulados e graficados utilizando o software Microsoft Excel. A realização deste estudo considerou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta e indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos. Após a concessão de sua aprovação, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram garantidos por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo avaliou 759 prontuários de gestantes atendidas no período de 2013 a 2014 no Hospital Regional de Pombal-PB, onde o resultado foi de 1,32% (10) da positividade do VDRL em algum momento da gestação, 93,8% (712) não reagentes e 4,88% (37) não realizaram o teste sorológico ou realizaram, mas não constavam nos registros.





Fonte: Dados do autor

Figura 1- Distribuição dos resultados do VDRL em gestantes atendidas no Hospital Regional de Pombal-PB entre o período de 2013 a 2014.

O resultado desta pesquisa demonstra dados inferiores aos resultados do último Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde. Que em 2013 no Brasil o número total de casos notificados pelo SINAN (Sistemas de Informação de Agravos de Notificação) foi de 21.382, com uma taxa de 7,4 casos de sífilis em gestantes para cada 1.000 nascidos vivos. Na Região Nordeste o número total foi de 4.433 casos, com a taxa de 5,3 e na Paraíba o total de casos foram de 432, com a taxa de 7,6 (BRASIL, 2015).

A tabela 1 apresenta a distribuição dos casos das gestantes com VDRL reagente em função de dados sócios demográficos e obstétricos. As informações dos prontuários não constavam o grau de escolaridade e a renda familiar das gestantes.



Quanto à faixa etária percebe-se que o grupo mais atingido foi de 20 a 29 anos, representando 70% dos casos, sendo seguida pela faixa etária de menores de 20 anos, atingindo 20% dos casos durante o ano de 2013 a 2014.

Tabela 1: Variáveis sócios demográficos e obstétricas de gestantes com VDRL reagente atendidas no Hospital Regional de Pombal-PB no período de 2013 a 2014.

Variáveis	Classes	Nº	%
Faixa etária (anos)	<20	2	20
	20 – 29	7	70
	30 – 40	1	10
Situação conjugal	Solteira	10	100
	Casada	0	0
	Divorciada	0	0
Período gestacional	1º trimestre	1	10
	2º trimestre	2	20
	3º trimestre	7	70
Total		10	100

Fonte: dados da própria pesquisa



Este achado coincidiu com os resultados de outro estudo realizado no Rio de Janeiro por Saraceni (2005), que revelou a prevalência de sífilis gestacional em mulheres mais jovens, de 20 a 29 anos. Além disso, dados nacionais revelaram que no Brasil do total de casos notificados, 53,5% está nessa mesma faixa etária, o que confirma os achados desta pesquisa (BRASIL, 2010).

Quanto à situação conjugal das gestantes, a frequência de positividade do VDRL foi de 100% (10) em solteiras.

De acordo com Gomes (2015), o índice de mães solteiras tem sido cada vez mais frequente na sociedade ocidental, devido suas conquistas, independência e autonomia. Além disso, também está relacionado ao aumento de uniões estáveis e relação sexual com diferentes parceiros.

Entre o percentual das gestantes que realizaram o exame VDRL neste período de amostragem esteve compreendida como predominante de 70% (7) no terceiro trimestre de gestação, em seguida por 20% (2) no segundo trimestre de gestação e 10% (1) e no primeiro trimestre.

Esses resultados são insatisfatórios, principalmente devido à predominância da realização do VDRL somente no terceiro trimestre gestacional, de acordo com Campos (2010), deve-se realizar o exame logo no início do pré-natal, para proporcionar o tratamento precocemente visando minimizar os efeitos da infecção sobre o feto.

As informações dos prontuários não possibilitaram constatar o grau de escolaridade e a renda familiar das gestantes.

Dos 759 prontuários analisados, possuía registro de 57 abortos e não havia a justificativa das causas, em apenas um apresentava o VDRL positivo.

Somente em um prontuário havia informação do tratamento, mas não citava sobre o uso da penicilina benzatina. E não foi possível avaliar a adequação do tratamento em relação à classificação da doença, se recente ou tardia.



Outra situação importante a ser considerada diz respeito à falta de registro acerca do tratamento do parceiro sexual.

CONCLUSÕES

Através desse estudo é possível concluir que as informações disponíveis nos prontuários referentes ao acompanhamento pré-natal de gestantes com VDRL reagente são precárias, impossibilitando uma avaliação mais precisa da situação da sífilis na referida instituição e na comunidade assistida por esta unidade de saúde. Faz-se necessário treinamento continuado dos profissionais e uniformidade no registro, definindo-se informações mínimas a constarem nos prontuários. A diminuição dos casos de sífilis só será possível com maior competência e envolvimento por parte dos órgãos gestores, com campanhas de conscientização à população, um diagnóstico mais específico e novos estudos mais frequentes, possibilitando um melhor entendimento sobre a doença.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.A.L. SILVA, D.M.A. SILVA, R.M. GONÇALVES, M.L.C. Análises da quantidade dos registros nos prontuários e gestantes com exame de VDRL reagente.

Revista APS, V.11, N.1, P. 4-9, 2008.

AVELLEIRA, J.C.R. BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **As Bras Dermatol.** V.81, N.2, P.111-126, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional DST/AIDS. Boletim epidemiológico AIDS e DST.** Brasília; Ministério da Saúde, 2010.



BRASIL. Ministério da Saúde- **Programa Nacional de DST e AIDS**. Disponível em C:\Users\Pessoal\Documents\artigos citados de tcc1\Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para redução e eliminação em 2014**. Disponível em

<<http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/transmissao-vertical-do-hiv-e-sifilis-estrategias-para-reducao-e-eliminacao>>

Acesso em: 12 de mai., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS. Informações de Saúde. Indicadores de cobertura**. Disponível em

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f06>>

Acesso em: 01 de nov., 2015.

CAMPOS, A. L. A. ARAÚJO, L. A. M. MELO, P. S. CARVALHO, L. M.

Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: Um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, V. 26, N. 9, P. 1747-1775, 2010.

GOMES, G.A. MARIN, H, A. PICCININI, A. C. LOPES, S. C. R. Expectativas e sentimentos de gestantes solteiras em relação aos seus bebês. **Temas psicol.** V. 23, N. 2, P.399-411, 20015.

LORENZI, S. R. D. FIAMINGHI, C.L. ARTICO, R.Z. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Revista Femina**. V.37, N.2, P.83-90, 2009.

MAGALHÃES, D.M.S. KAWAGUCHI, I.A.L. DIAS, A. CALDERON, I.M.P. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde**, V.22, N.9, P.43-54, 2011.

OSIS, D. J. M. HARDY, E. FAÚNDES, A. ALVES, G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**, V.27, N.1, P. 49-53, 1993.

RIBEIRO, A.S. SOUSA, F.B. PINTO, S.S. Triagem para Sífilis: Incidência de Resultados Positivos nas Amostras Analisadas no Hospital Municipal Duque de Caxias, Oriundas do Centro de Testagem e aconselhamento para DST e AIDS. **Revista News Lab**, V. 82, P. 127, 2007.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2015

SARACENI, V. GUIMARÃES, M.H.F.S. FILHA, M.M.T. LEAL, M.C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade de atenção à mulher e a criança. **Caderno Saúde Pública**. V.21, N.4, P. 50-1244, 2005.



Incidência de sífilis em gestantes na cidade de Pombal-PB

Páginas 92 a 102

Artigo

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A VÍTIMAS DE POLITRAUMATISMO

NURSING CARE TO VICTIMS OF POLYTRAUMA

Julia Maria Cezar de Araújo¹
Erica Surama Ribeiro César Alves²
Alan Martins Ferreira³
Edmara da Nóbrega Xavier Martins⁴

RESUMO – A vítima de politrauma é diferente de qualquer outro tipo de doente, pelas próprias circunstâncias que originaram o seu estado. O atendimento inicial a vítima de politraumatismo é de suma *importância* pois necessita de cuidados especializados imediatos para preservar a vida. O objetivo deste estudo foi as principais dificuldades técnicas – operacionais enfrentadas pelo enfermeiro no setor de urgência e emergência. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, realizado com 21 enfermeiros no período de agosto a setembro de 2015, em Hospital público de médio porte, no município de Patos-PB. A coleta de dados foi feita através de um questionário para responder aos objetivos do estudo. A maioria dos participantes eram sexo feminino, solteiro, com pouco tempo de atuação no serviço. Podemos observar a real situação da instituição pesquisada, o que não difere das demais espalhadas no Brasil. A avaliação do atendimento prestada ao cliente politraumatizado revela diversos problemas técnicos-operacionais que dificultam o trabalho dos enfermeiros para este cliente. Estes problemas vêm influenciar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, interferindo diretamente na qualidade do cuidado prestado à população. Diante dos resultados foi possível evidenciar dificuldades que o serviço público de emergência vem enfrentando diariamente, como falta de educação continuada, falta de equipamentos, superlotação, profissionais sem qualificação, planta física inadequada. Foram propostas

¹ Graduanda do curso de Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos FIP.

² Mestre em Ciências de Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Docente das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: ericasurama@bom.com.br

³ Especialista em Urgência e Emergência pelas Faculdades Integradas de Patos. Docente das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: allanmartinsferreira@hotmail.com

⁴ Especialista em Urgência e Emergência e enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas de Patos. Docente das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: mara_edmara@hotmail.com



estratégias para superar essas dificuldades como priorização do atendimento aos mais graves, improvisação. A baixa estruturação da rede de atenção às urgências e emergências tem contribuído negativamente na dinâmica do funcionamento do serviço. Este estudo foi importante para que os profissionais e a unidade da pesquisa fiquem ciente da realidade deste atendimento.

Palavras-chave: Atendimento. Enfermagem. Politraumatismo

ABSTRACT – The victim of polytrauma is unlike any other type of patient, the particular circumstances giving rise to their status. The initial service to multiple trauma victim is of paramount importance because it requires immediate specialized care to preserve life. The aim of this study was to analyze the nursing care of the victim of multiple trauma; identify the main technical difficulties - Operating faced by nurses in polytrauma sector. It is a study of exploratory, descriptive with quantitative approach, carried out from August to September 2015 in mid-sized public hospital in the city of Patos-PB. Data collection was carried out with 22 nurses who worked in the emergency care sector, it was done through a questionnaire to meet the objectives of the study. They interviewed 22 nurses; It is 15 female participants (68%) and 07 men (32%). This finding is understandable, considering that the largest contingent of nursing professionals at the clinic are women. Among the problems mentioned, what really draws our attention is the problem of overcrowding. This problem comes influence of health professionals working conditions, directly interfering with quality of care provided to the population. From these results it was possible to highlight a number of difficulties the emergency public service is facing daily, apart from that, low structure of healthcare network for emergency care has contributed negatively on the dynamics of the operation of the service. This study was important for the professionals and the research unit are aware of the reality of this service.

Keywords: Service. Nursing. Polytrauma.

INTRODUÇÃO

O politraumatismo gera lesões causadas devido a impactos de corpo a corpo ou corpo a objeto, que podem causar um trauma grave, estudos mostram que os politraumatismos acontecem muitas vezes, devido a acidentes automobilísticos, os



principais causadores de sérios agravos ao ser humano, ceifam vidas prematuramente, contribuem para a mutilação de pessoas e ampliam o número de incapacitados para atividades pessoais e profissionais. A vítima de politrauma é diferente de qualquer outro tipo de doente, pelas próprias circunstâncias que originaram o seu estado; de um modo geral, era uma pessoa hígida e com saúde até que, subitamente devido a algum tipo de acidente, passou a se encontrar em estado grave, necessitando de assistência médica imediata, sem que se encontrasse preparado de maneira alguma para tal situação (CAIXETA et al., 2010).

O pronto socorro é um estabelecimento que visa principalmente o atendimento de casos de urgência e emergência durante 24 horas. Urgência é uma ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência é a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (AGUIAR, 2006).

O trauma representa a causa de morte mais significativa nas primeiras quatro décadas de vida, por acometer preferencialmente pessoas jovens e previamente saudáveis, resulta em perda de potencial de trabalho e de produtividade e, portanto em custos sociais imensamente maiores que outras doenças como: as cardiovasculares e as neoplasias (GONÇALVES; SANCHES, 2007).

O atendimento inicial a vítima de politraumatismo é de suma *importância* pois necessita de cuidados especializados, imediatos, que visem preservar a vida, avaliar e implementar ações de atenção ao traumatizado e conseqüentemente induzir a rápida recuperação, evitar complicações, agravamentos e fatalidades.

O enfermeiro que atua em unidades de urgência e emergência necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente. O profissional de enfermagem é



responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência (WEHBE; GALVÃO, 2001).

O que se observa é que, o profissional de enfermagem muitas vezes está na linha de frente para este tipo de atendimento e que muitas vezes podem determinar de forma decisiva as capacidades funcionais e psicossociais preservadas para serem trabalhadas na sua reabilitação.

Sabendo das diversidades de situações que acometem o ser humano, durante o politraumatismo e que com frequência chega às unidades de urgência e emergência, o objeto de investigação nesse estudo foi descrever as dificuldades experimentadas pelo enfermeiro no setor de urgência e emergência durante a assistência ao cliente vítima de politraumatismo.

Diante do exposto surge o seguinte questionamento: Quais as principais dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no setor de urgência e emergência?

O estudo justifica-se na medida em que entendemos que, a assistência qualificada é de fundamental importância na prevenção de lesões secundárias, devendo ser realizado de forma adequada e eficaz.

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro durante a assistência ao cliente politraumatizado no serviço público de urgência e emergência serem numerosas, é importante o reconhecimento de tais adversidades por este profissional, no intuito de elaborar estratégias de trabalho que visem garantir uma assistência de qualidade.

O objetivo deste estudo foi descrever as principais dificuldades técnicas – operacionais enfrentadas pelo enfermeiro no setor de urgência e emergência.

O tema escolhido emergiu das experiências vividas no serviço de um hospital público de médio porte que atende vítimas de politraumatismos.



METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, realizado no período de agosto a setembro de 2015, em Hospital público de médio porte, no município de Patos-PB.

A coleta de dados foi realizada junto a vinte e um enfermeiros que trabalham no setor de urgência e emergência, por meio de um questionário estruturado com perguntas previamente elaboradas. As entrevistas foram realizadas com os enfermeiros plantonistas dos turnos da manhã e do turno da noite do serviço de emergência do hospital de forma voluntária e aleatória. A técnica de análise escolhida é embasada nas informações contidas no questionário e seguirá a sistematização das respostas encontradas. Na abordagem quantitativa do estudo, para análise descritiva, os dados foram expressos através de recursos e técnicas de estatística, por meio de números percentuais e absolutos distribuídos em gráficos e tabelas.

O presente estudo, em observância às diretrizes da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, atende aos seguintes aspectos éticos: o consentimento da instituição por meio da assinatura da folha de rosto obtida no SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa) a qual foi remetida à direção da instituição autorizando a pesquisa, a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS – PB (CAAE 45587515400005181) e dos sujeitos por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assegurando-lhes o direito de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem nenhuma penalização ou prejuízo, garantindo o sigilo e o anonimato.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sócio demográfico dos enfermeiros que atuam na unidade de emergência do Hospital Regional de Patos.

Tabela 1: Caracterização da amostra, segundo características sócio demográficos, 2015 (n=21).

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	%
GÊNERO	Feminino	15	71
	Masculino	6	29
FAIXA ETÁRIA	25 - 30 anos	10	48
	31 - 36 anos	06	29
	37 - 42 anos	03	14
	43 - 48 anos	02	09
ESTADO CIVIL	Casado	07	34
	Solteiro	11	52
	Divorciado	03	14
TEMPO DE FORMAÇÃO	01 mês - 12 meses	02	9
	2 anos - 10 anos	18	86
	Mais de 10 anos	01	5
TEMPO DE SERVIÇO NO SETOR	1 mês - 12 meses	10	48
	2 anos - 5 anos	07	33
	Mais de 5 anos	04	19
PÓS GRADUAÇÃO	SIM	15	71
	Não	6	29
TOTAL		21	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.



Foram entrevistados 21 enfermeiros; sendo 15 participantes do sexo feminino (71%) e 06 do sexo masculino (29%). Essa constatação é compreensível, considerando que o maior contingente dos profissionais de enfermagem na unidade de saúde é composto por mulheres.

A maioria eram solteiros, e o tempo de formação dos enfermeiros variou de 1 mês a mais de 10 anos, sendo que 2 têm tempo de formado entre 1 mês a 12 meses (9%), 18 têm entre 2 a 10 anos (86%) e apenas 1 têm mais de dez anos de formado (5%).

Com relação ao tempo de serviço desses enfermeiros na unidade de emergência 10 enfermeiros atuam entre 1 mês a 12 meses (48%), 07 enfermeiros apresenta tempo de serviço de 2 a 5 anos (33%) e 4 têm mais de 5 anos de serviço (9%).

Dos participantes do estudo 13 (59%) declararam possuir algum tipo de pós-graduação, merecendo destaque o fato de cinco serem especialistas em Urgência, e os demais com especialidades em outras áreas do saber. Quanto aos cursos teóricos práticos de curta duração como o ATLS, TLSN e o PHTLS uma minoria relataram já ter realizado. Essa minoria pode ser justificada pelo fato do elevado custos desses cursos.

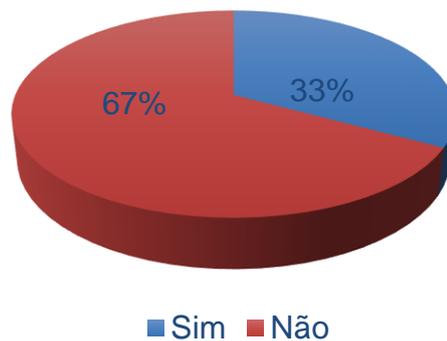
Em relação à faixa etária dos participantes, a média de idade foi de 32 anos. Cabe ressaltar que a idade exerce influência sobre a disposição para as atividades rotineiras da equipe de enfermagem, principalmente em unidades de emergências, onde as características físicas são exigidas com maior afinco.

O que chama a atenção é o quantitativo de enfermeiros cada vez mais jovens atuando em unidades de emergência. Esse diferencial demonstra que os enfermeiros ao saírem da graduação já entram no mercado de trabalho em unidades com grande fluxo de pacientes e alto índice de complexidade, todavia sua atuação pode influenciar entre a efetiva recuperação do paciente ou suas sequelas permanentes (WIEBBELLING; SANTOS, 2009).



Gráfico 01 – Distribuição da amostra em relação a educação continuada para os profissionais.

Educação Continuada



Quando indagado aos entrevistados se haviam recebido algum treinamento antes de trabalhar no setor de emergência, a maioria relataram que não receberam nenhum treinamento, 14 enfermeiros (67%) relataram não existir educação continuada para os profissionais.

O serviço de educação continuada do hospital deverá oferecer ao longo do ano, treinamentos que proporcionem a reciclagem dos conhecimentos teóricos e práticos destes profissionais (SILVA; SILVA, 2009).

Cabe ressaltar, que o treinamento em serviço de emergência deve ser contínuo e seguido de planejamento rigoroso. Os casos de emergência se caracterizam pela avaliação de todas as especialidades, pois o risco de vida é eminente e o início do tratamento terá que ser imediato.

Portanto é de extrema importância que o profissional tenha um entendimento sobre o assunto, e a especialização em urgência e emergência traz esse suporte (OLIVEIRA, PEROLIN; TEIXEIRA, 2009).



Em um estudo realizado por Sousa; Alves (2011), concluiu que a educação continuada em urgência e emergência ainda encontra-se muito além do ideal para a excelência no atendimento. No entanto, quando o assunto é padronização de atendimento não podemos nos restringir apenas ao atendimento oferecido pela equipe de enfermagem, pois esta encontra-se inserida em uma equipe multiprofissional, a qual deve também ser integrada ao planejamento das estratégias que serão utilizadas para melhoria da assistência ao cliente.

Vieira, Mafra e Andrade (2011) citam que o atendimento de emergência nas Unidades Hospitalares tem importante papel na recuperação e manutenção da saúde do indivíduo. Recuperar a saúde e mantê-la se estabelece com uma assistência à saúde de qualidade e equipe multidisciplinar voltada para o indivíduo como um todo na sua integralidade, atentando para aspectos que envolvem a atuação eficaz, eficiente, rápida e com bom conhecimento clínico e científico, e o tempo de atuação no setor influencia pela experiência adquirida na rotina.

Esse conhecimento proporciona ao enfermeiro uma base científica, afim de que, o mesmo possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

O código de ética dos profissionais de enfermagem, no que se refere ao capítulo III (das responsabilidades), em seu artigo 18, estabelece que o enfermeiro deve-se manter atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, da coletividade e do desenvolvimento da profissão. Ainda neste capítulo, o artigo 19 destaca que o enfermeiro deverá promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão (COFEN, 2007).

Caixeta et a. (2010) diz que a capacitação necessária para atuar nas unidades de emergência é importante para o exercício da enfermagem em setores de emergência que lidam com pacientes/clientes em iminente risco de vida. Portanto, a participação em cursos se torna essencial.



Neste sentido se faz necessário a constante atualização dos profissionais, a fim de garantir uma melhor assistência junto ao cliente politraumatizado em estado grave, dessa forma evitando possíveis erros que possam a vir a ocorrer, causado por atos de imperícia, negligencia ou imprudência (SILVA; SILVA, 2009).

Caracterização da amostra quanto as dificuldades no atendimento de enfermagem a vítima de politraumatismo.

Gráfico 02 – Distribuição da amostra em relação a dificuldade de atendimento ao paciente vítima de politraumatismo.



Em relação as dificuldades de atendimento a vítima de politraumatismo 15 (71%) enfermeiros responderam não terem dificuldade no atendimento a vítima de politraumatismo.

O enfermeiro é responsável por seu agir e pela tomada de decisão, deve estar preparado para a qualquer momento atender as diversas situações de emergência.

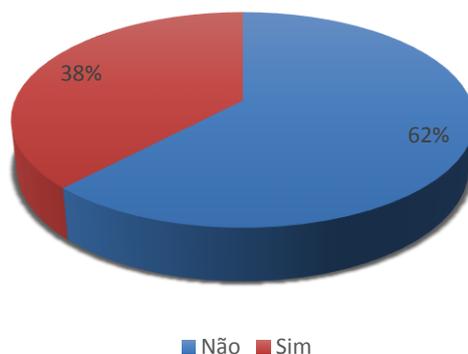
Para a qualidade no atendimento é importante que cada profissional tenha conhecimento do que vem a ser um politrauma e todos os riscos que cercam esse



indivíduo, já é sabido que: Traumatismo é o termo clínico que traduz o conjunto de alterações causadas por um agente físico em uma pessoa. Politraumatismo é empregado quando mais de uma região do corpo sofre lesões concomitantes, intencional ou acidentalmente. (KNOBEL et al., 1999).

Gráfico 03 – Distribuição da amostra em relação a existência de equipamentos adequados e suficientes para o atendimento à vítima de politraumatismo.

Equipamentos adequados e suficientes



Em relação ao gráfico 03, 13 (62%) enfermeiros relataram não existir equipamentos adequados e suficientes para o atendimento à vítima de politraumatismo. Esse dado chama atenção pelo fato dos profissionais relatarem na pergunta anterior não terem dificuldade no atendimento, no entanto, a falta de equipamentos adequados e suficientes influencia na assistência direta ao cliente politraumatizado e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, interferindo na qualidade do atendimento prestado.

A observação do padrão respiratório é extremamente necessária, pois pode determinar lesões importantes. Muitos traumas apresentam lesões faciais graves, muitas vezes com obstrução de vias aéreas. Já para Knobel, (2002) todo paciente politraumatizado agitado, confuso ou sonolento apresenta respiração inadequada até prova em contrário. O que vem de encontro com a necessidade de desobstruir as vias



aéreas se necessário for. Dessa forma há necessidade de intubação orotraqueal e instalação de ventilador mecânico, equipamento essencial que se não houver quantidade suficiente e disponível no setor de emergência implica em agravo seríssimo na assistência ao paciente vítima de politraumatismo.

A alta tecnologia, o profundo conhecimento científico e a excelência na habilidade técnica da equipe ficam severamente prejudicados quando os elementos arquitetônicos e administrativos não estão em harmonia com as reais necessidades do serviço (SILVA; SILVA, 2009).

Os principais problemas técnicos operacionais apontados pelos entrevistados durante a assistência ao cliente politraumatizado são listados a seguir na tabela 2.

Tabela 2. Principais problemas nas unidades de emergência no atendimento a vítimas de politrauma.

Problemas apontados pelos Enfermeiros	N
1 – Superlotação	18
2 - Falta de profissionais qualificados	14
3 - Planta física inadequada e falta de manutenção dos materiais	10
4 - Quantitativo reduzido de pessoal para atender a demanda	07
5 - Falta de material	07
6 - Falta de sistematização do atendimento ao cliente	04

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

De acordo com a tabela 2 apresentada, os participantes da pesquisa listaram mais de um item como resposta ao questionamento.

Dentre os problemas citados, o que mais nos chama a atenção é o problema da superlotação. Este problema vem influenciar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, interferindo diretamente na qualidade do cuidado prestado à população.



Na tentativa de acomodar os pacientes e garantir certo respaldo jurídico, os hospitais públicos extrapolam esse número de atendimentos para além de sua capacidade, resultando em superlotação, escassez de recursos e as sobrecargas dos profissionais. No entanto, esses problemas não impedem à população de buscar o serviço de urgência, pois entende que esse reúne uma somatória de recursos de atendimento, que não encontraram em outros níveis de atenção (SANTOS, 2010).

É possível constatar nos serviços hospitalares de emergência que a superlotação compromete a eficácia da assistência do enfermeiro e que a maioria dos atendimentos nas emergências é de quadros clínicos mais simples que poderiam ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (DANTAS, et al, 2015).

Oliveira; Carvalho e Travassos, (2010) concorda com este resultado quando cita que atualmente, no nosso país, os serviços de emergência funcionam acima de sua capacidade máxima, com taxa de ocupação de leitos acima de 100%, com número insuficiente de profissionais, com profissionais sem treinamento ou reciclagem, com excesso de demanda, com demanda inadequada, com verba insuficiente, com gerenciamento precário de recursos, sem leitos de retaguarda e sem planejamento efetivo. Aumenta-se a dificuldade quando coexiste déficit de estrutura e de organização da rede assistencial.

A falta de profissional qualificado foi a segunda categoria apresentada como problema pelos enfermeiros. O enfermeiro que atua em unidade de emergência necessita ter "conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente" (AZEVEDO, 2002).

A unidade de emergência é uma área que precisa de atenção pela sua diversidade de condições e situações além de ser um ambiente de velocidade e desafios que necessita de profissionais capacitados para atuarem de forma habilidosa, ágil e humanizada (DAL PAI & LAUTERT, 2005).



Azevedo et al. (2010) concorda com os resultados nesta pesquisa quando citam que a dificuldade está relacionada a estrutura física, os setores de atendimento não são projetados em seus recursos físicos, materiais e humanos para atender a essa demanda, podendo haver possíveis dificuldades na assistência de enfermagem.

Segundo Baggio et al. (2009) a equipe de enfermagem precisa estar preparada para demonstrar destreza, agilidade e habilidade, estando apta a estabelecer prioridades e intervir de forma consciente e segura no atendimento ao ser humano, lembrando-se de que mesmo na emergência o cuidado é o elo de interação/integração/relação entre profissional e paciente.

Nascimento (2010) cita que a experiência de trabalho em uma equipe multiprofissional capacita os profissionais para uma mudança no modelo assistencial, pois o mesmo precisa desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo como também seguir o protocolo e normas do hospital, cujo resultado será atender de melhor forma o paciente e manter uma boa relação entre profissionais.

Valência et al. (2010) relatam que para tornar o atendimento numa experiência agradável, a capacitação, humanização e entrosamento da equipe de profissionais nos serviços deve ser exercitado, mas, a falta de matérias e de estruturação física influencia no processo de atendimento.

Ficou evidente através deste estudo que há vários problemas enfrentados na unidade de urgência e emergência, o que não diferencia dos demais serviços espalhados pelo Brasil. As unidades de atendimento de emergências devem estar organizadas de forma sistemática e acessível a toda população, precisam dar respostas eficazes aos seus usuários e devem estar bem equipadas, com materiais adequados em quantidade e qualidade suficientes, além de possuir um quadro de profissionais altamente habilitados para prestar uma assistência imediata atendendo com precisão sua clientela.



Tabela 3. Estratégias utilizadas pelos entrevistados para superar as dificuldades encontradas em unidades de emergência para cuidar de clientes

Sujeitos	Discurso do sujeito
I	Através da seleção dos clientes por prioridade, atendendo primeiro os mais críticos, deixando os menos críticos para posterior atendimento. Levando em consideração as necessidades
II	Com profissionalismo e boa vontade tentando minimizá-los.
III	Improvisando com o que têm, se adequando ao que precisa
III	Solicitando ajuda aos colegas que tem prática no serviço

Com base na análise das falas, apenas quatro enfermeiros responderam de forma correta a pergunta solicitada, os demais diante das respostas dadas, responderam dando sugestões de como esses problemas poderiam ser realizados.

Podemos justificar através das respostas a seguir:

“Treinamento da equipe”

” Aumentando a estrutura física”

” Profissionais mais qualificados, capacitações com frequência e tecnologia mais avançada”

“Construção de um hospital de trauma, para desafogar a demanda”

De acordo com as respostas da tabela 3 podemos observar uma clara vivência do dia a dia dos profissionais, uma deficiência tanto do nível organizacional, estrutural como



falta de experiência do próprio profissional, isso implica diretamente na assistência de enfermagem ao cliente vítima de trauma.

O trauma é considerado um grande problema de saúde pública, por suas consequências em sua morbidade e mortalidade, deste modo é preciso discutir, analisar e propor soluções imediatas para este problema de âmbito nacional.

A nossa instituição não está diferente de outras realidades encontradas, em um estudo realizado por Silva; Silva, (2009) no Rio de Janeiro, a maioria dos profissionais depararam-se com essa mesma realidade: superlotação, planta física inadequada, escassez de materiais, número reduzido de profissionais, abandono de equipamentos sofisticados, dentre outros.

Todos esses problemas em conjunto levam os profissionais de enfermagem a adotarem técnicas de trabalho na tentativa de garantir ao cliente politraumatizado com risco de vida condições mínimas de atendimento. Neste contexto, a improvisação se destaca como sendo o recurso mais utilizado pelos enfermeiros durante o cotidiano de sua assistência (SILVA; SILVA, 2009).

Na tentativa de salvar vidas, as improvisações são realizadas rotineiramente pela equipe de enfermagem do hospital, se esquecendo muitas vezes das implicações que podem repercutir na saúde do cliente em estado grave com risco de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar o atendimento de enfermagem prestado ao cliente politraumatizado no serviço de urgência e emergência hospitalar, verifica-se que os profissionais não apresentam dificuldade no atendimento a vítima de politraumatismo. No entanto, a maioria relata que não existe equipamentos adequados e suficientes para o atendimento, aborda diversos problemas técnicos operacionais que dificulta o trabalho de enfermagem



junto a este tipo de clientela como: superlotação da unidade, falta de capacitação dos profissionais, planta física inadequada e falta de manutenção dos materiais, dentre outros.

É possível analisar ainda que as estratégias utilizadas por esses profissionais para superar as dificuldades encontradas no setor são referenciada apenas por quatro profissionais, deixando a desejar a respostas dos demais entrevistados.

Diante desses resultados é possível concluir que é de suma importância a aplicação de um protocolo de atendimento de enfermagem no setor de emergência para o atendimento de pacientes politraumatizados, juntamente com a educação continuada permanente a fim de uniformizar o atendimento de enfermagem.

Pode-se dizer que os resultados dessa pesquisa confirmam achados de outros estudos sobre o cenário das unidades de emergências públicas brasileiras, quando não há adequadas condições de trabalho para a equipe de saúde, em virtude da superlotação, refletindo na assistência prestada ao paciente, pela deficiência de recursos humanos e materiais e o despreparo de alguns profissionais que ali atuam.

Este estudo foi importante para que os profissionais e a unidade da pesquisa fiquem ciente da realidade deste atendimento, e possa servir de alerta para a atenção da equipe de enfermagem na prestação de um atendimento mais humanizado e com maior qualidade, haja vista o ambiente conturbado, turnos desgastantes, ritmos excessivos de trabalho e falta de recursos humanos e materiais e estrutura física inadequada.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. R. A . A produção científica sobre urgência/emergência na enfermagem. **revista brasileira de enfermagem**. 2006.

AZEVEDO T.M.V.E. Atendimento pré-hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada



na promoção da saúde [**dissertação**]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

AZEVEDO, A. L. C. S.; PEREIRA, A. P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev Eletrônica Enferm.** 12(4):736-45. 2010.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev Bras Enferm.** 61(5):552-7. 2009.

CAIXETA C.R, MINAMISAVA R, OLIVEIRA L.M.A.C, BRASIL, V.V. **Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.4, pp. 2075-2084. ISSN 1413-8123.

COFEN – Código de Ética. Portal Cofen – resolução Cofen 311/2007

DAL PAI, D; LAUTERT, L. **Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 58, n. 2, Apr. 2005 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de nov. 2015

DANTAS, U.I.B, SILVA, R.C, CAVALCANTE, A.U.A, OLIVEIRA, K.N, NÓBREGA, F.P da. Trabalho dos enfermeiros no setor de urgência: limites e perspectivas.

Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(Supl. 3):7556-61, abr., 2015.

GONÇALVES, V.C, SANCHES. O enfermeiro e as situações de emergência. Ana Maria e Wana Yeda Paranhos. São Paulo, Atheneu 2007.

KNOBEL, E. Condutas no paciente grave. 2 Vols – 2ª edição, São Paulo, editora Atheneu, 2002.

NASCIMENTO, E. R. P. do. **Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência.** Santa Catarina 2011. Disponível em: < www.revistas.ufg.br>. Acesso em: 22 Nov de 2015.

OLIVEIRA, B.F.M.; PAROLIN, M.K.F., TEIXEIRA JR, E.V.I. **Trauma:** atendimento pré-hospitalar (APH). São Paulo: Atheneu, 2009.



OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde - mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad Saude Publica**. 20(2):386-402. 2010.

SANTOS, J. L. G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência**. 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS, Porto Alegre, 2010.

SILVA, F.C; SILVA, R. C. L da. O enfermeiro e as práticas assistenciais para o cliente politraumatizado no setor de emergência. **Rev enferm UFPE on line**. 2009 Oct/Dec;3(4):839-47

SOUSA, F. P.; ALVES D.; educação continuada em serviço de urgência e emergência. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, **Agrárias e da Saúde**, vol. 15, núm. 3, pp. 137-146. 2011.

ROCHA, E. C. A. Atuação da enfermagem em urgências e emergências. Portal e governo. 2012.

VALÊNCIA, E. S. J.; BARROSO, A. V. S.; BRASILEIRO, M. E. Pesquisas científicas relacionada à Assistência do Enfermeiro na urgência e emergência na Unidade Básica de Saúde, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição. jan-jul 1(1):1-15. 2010.

VIEIRA, C.A.S; MAFRA, A. A.; ANDRADE, J.M.O. **Abordagem ao Paciente Politraumatizado**. Belo Horizonte, janeiro de 2011.

WEHBE, G, GALVÃO, C.M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001 março; 9(2): 86-90. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 10 out 2015.

WIEBBELLING, E. D; SANTOS, M. F. **Nursing in urgency and emergency** in.Foz do Iguaçu city, Paraná, Brazil. **Rev Enferm UFPE** [periódico on line]. 2009 Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/pdf_890. Acesso em: 18 nov. 2015.



Artigo

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
ANÁLISE DE FATORES INTERVENIENTES**

**NURSING PRACTICE IN BASIC HEALTH UNITS:
ANALYSIS OF FACTORS INVOLVED**

Carla Liliane de M. F. C. e Silva¹
Carlos Bezerra de Lima²
Cristina Costa Melquíades Barreto³
Elainy Maria Dias de Medeiros França⁴
Danilo Duarte Costa e Silva⁵

RESUMO – Cada vez mais as organizações buscam eficácia nos serviços que oferecem, principalmente na área da saúde, quando a meta é garantir a qualidade da assistência prestada à população. Visando maior resolubilidade e uma assistência de qualidade o presente trabalho objetivou estudar os fatores motivacionais e os de insatisfação intervenientes na assistência de enfermagem em unidades básicas de saúde, discutindo os achados sobre a perspectiva da humanização na assistência. Trata-se de pesquisa exploratória com abordagem quantitativa realizada com 23 enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde, cujos resultados apresentam um cenário no qual os profissionais referem encontrar motivações para realizar o seu trabalho, muito embora apresentem insatisfação com relação a fatores extrínsecos, que inferem na qualidade das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem e assistência prestada. Urge, pois realizar estudos nesta temática que possam contribuir com o conhecimento científico e

¹ Especialista em Gestão de Projetos Sociais. Bacharel em Administração. Graduanda em Enfermagem nas Faculdades Integradas de Patos (FIP).

² Enfermeiro. Doutor em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente nas Faculdades Integradas de Patos.

³ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Professora nas Faculdades Integradas de Patos (FIP)

⁴ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos. Professora nas Faculdades Integradas de Patos (FIP)

⁵ Mestre em Engenharia Sanitária. Doutorando em Recursos Naturais da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).



ancorar o processo de gestão da assistência de enfermagem nas referidas unidades de saúde, a fim de que a assistência possa ser realizada de forma satisfatória.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Atenção Básica. Fatores Intervenientes. Humanização.

ABSTRACT – More and more organizations seek efficiency in the services we offer, especially in health care, where the goal is to ensure the quality of care provided to the population. Seeking greater resolution and quality care the present study investigated the motivational factors and dissatisfaction of stakeholders in nursing care in basic health units, discussing the findings from the perspective of humanization in assistance. It is an exploratory research with a quantitative approach carried out with 23 nurses who work in primary health care units, the results present a scenario in which professionals refer find motivation to carry out their work, even though point dissatisfaction with the extrinsic factors, infer the quality of the actions developed by the nursing staff and the assistance provided. Urge as conducting studies on this subject that can contribute to scientific knowledge and anchor the process of management of nursing care in these health facilities, so that assistance can be performed satisfactorily.

Keywords: Nursing Care. Primary Care. Intervening Factors. Humanization.

INTRODUÇÃO

As pessoas constituem uma parcela muito importante no âmbito das organizações, tanto públicas quanto privadas, sendo parte fundamental para atingir as metas nelas estabelecidas, pois sem as pessoas as atividades e/ou os serviços não seriam plenamente desenvolvidos. Esse capital humano é o grande responsável pela eficácia nas ações dessas instituições, por isso, um dos maiores desafios de cada organização é a capacidade de estimular a motivação nos profissionais de seus quadros (DIAS, 2012).

Particularmente no atual contexto dos serviços de saúde é de suma importância que as organizações promovam a motivação nos enfermeiros que nelas atuam de forma a permitir que os mesmos se sintam confiantes e responsáveis nos processos de trabalho,



para que desenvolvam suas funções em consonância com os objetivos propostos. Oportuno se faz ressaltar que cada pessoa é um ser único e, como tal, possui impulsos motivacionais diferentes dos demais, tendo intrínsecos a si diferentes níveis de motivação, suscetíveis de variar ao longo do tempo face às vicissitudes que atravessa na vida (CHIAVENATO, 2000 citado por DIAS, 2012).

Com a preocupação de atender à especificidade de cada pessoa integrante da instituição é necessário encontrar motivos comuns capazes de gerar melhor desempenho e satisfação, bem como motivos intrínsecos a cada profissional enquanto pessoa singular que, não entrando em conflito com os objetivos da organização, sejam exequíveis e permitam benefícios para os enfermeiros e para a instituição.

A partir de reflexões realizadas acerca desse contexto o tema do presente estudo foi escolhido motivado pelo interesse de conhecer a prática assistencial dos enfermeiros que atuam na atenção básica de saúde. Seu desenvolvimento teve com objetivo estudar os fatores intervenientes, tanto motivacionais quanto de insatisfação, que influenciam a assistência de enfermagem em unidades básicas de saúde. Levou-se em consideração a importância das ações desenvolvidas e a continuidade dos serviços prestados à população, cuja meta é realizar um atendimento de qualidade, observando-se os princípios de resolubilidade, Integralidade, Universalidade e Equidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da observação dos serviços de atenção básica, a impressão que fica é que a meta traçada pelo SUS para os serviços de atenção básica não está sendo plenamente atingida, instigando ao questionamento: Até que ponto os fatores motivacionais e de insatisfação interferem na assistência de enfermagem em unidades básicas de saúde?

Considerando a importância de um atendimento de qualidade para viabilizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças ou agravos, conforme preconiza o Ministério da Saúde no Brasil, entendemos que o estudo dos fatores motivacionais e de



insatisfação que interferem na assistência prestada pelos enfermeiros possa apontar soluções para o questionamento acima.

No atual contexto dos serviços de enfermagem têm-se observado um atendimento deficiente na atenção básica, fazendo com que o usuário retorne mais vezes à unidade de saúde por não ter sido bem orientado e acompanhado, gerando assim falhas no processo de assistência de enfermagem oriundas de diversos fatores intervenientes: motivacionais e de insatisfação, observados no ambiente de trabalho. Entende-se que tais fatores interferem na qualidade das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem. A partir de tal pressuposto, se fazem necessários estudos que possam contribuir com o processo de gestão da assistência de enfermagem nas referidas unidades de saúde, a fim de que a assistência possa ser realizada de forma satisfatória.

Sob essa perspectiva, a presente pesquisa permitirá um aprofundamento no conhecimento específico de seu objeto de estudo, tornando-se de relevância para o meio acadêmico. Considerando haver carência na literatura sobre o tema objeto deste estudo, seu desenvolvimento ocorrerá com a expectativa de poder contribuir de alguma forma com o aprendizado de estudantes e profissionais da área de enfermagem, que atuem nos serviços de atenção básica de saúde.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória que foi desenvolvida mediante uma abordagem quantitativa. A amostragem pôde ser calculada mediante o uso de uma fórmula estatística na qual o pesquisador coloca o número total da população da pesquisa, determina a margem de erro e assim define a quantidade adequada a ser pesquisada (ROCHA; KURTZ, 2007). Portanto usou-se uma margem de erro de quinze por cento (15 %) com vias a uma aproximação mais coerente com a realidade, no entanto



convém destacar que uma margem de erro ainda maior de vinte por cento (20%) já traria bons resultados uma vez que já foi utilizada com sucesso por pesquisadores no levantamento de informações referentes a estudos ligados à área sanitária. (SILVA, 2010; COSTA; MATTOS, 2013)

O número de Unidades Básicas de Saúde a serem visitadas foi definido a partir da fórmula: $n = 3,841 \times N \times 0,25 / [(0,15)^2 \times (N-1) + 3,841 \times 0,25]$

Sendo:

n = número de visitas a serem feitas pelo pesquisador;

3,841 = valor tabelado proveniente do Qui-Quadrado;

0,25 = variância máxima para um desvio padrão 0,5;

0,15= erro (15%) escolhido pelo pesquisador;

N = número total de UBS na Cidade de Patos (zona rural e urbana).

Segundo a Secretaria de Saúde do município de Patos/PB existem 40 unidades básicas de saúde distribuídas em quatro Distritos Geo Administrativos que compreendem a zona urbana e rural. Utilizando-se a fórmula acima citada temos: $n = 3,841 \times 40 \times 0,25 / [(0,15)^2 \times (40-1) + 3,841 \times 0,25]$; $n = 38,41 / [0,0225 \times 39 + 3,841 \times 0,25]$; $n = 38,41 / [0,8775 + 0,96025]$; $n = 38,41 / 1,83775$; $n = 20,900$. **Um resultado de aproximadamente 21 unidades.** Então, a partir dessa inferência estatística pode-se afirmar que a pesquisa sendo realizada em 21 unidades básicas de saúde apresentará um cenário bastante aproximado da realidade.

No total foram visitadas 28 unidades básicas de saúde, contemplando os quatro Distritos Geo Administrativos (DGA) da zona urbana do município de Patos/PB, no período de Agosto/Outubro de 2015. Dessas unidades visitadas, 3 enfermeiros não responderam alegando falta de tempo, 1 foi excluído pois a unidade estava sem enfermeiro por motivo de licença, então restaram 24 questionários, dos quais 1 foi excluído por causa do tempo de atuação do enfermeiro na USB ser de apenas de 1 mês, restando portanto 23 questionários.



As 23 unidades básicas de saúde localizadas na cidade de Patos/PB que fizeram parte da pesquisa foram as unidades denominadas: Ana Raquel, Aderbal Martins, Bivar Olinto, Doraci Brito, Ernesto Soares, Haydee Medeiros, Horácio Nóbrega, Jardim Queiroz, José de Oliveira Pio, Lauro Queiroz, a UBS Liberdade, a Maria Marques, a Monte Castelo, a Manoel Pereira, Ministro Ernani, a Osman Ayres, a UBS Rita Palmeira, a Roberto Oba, a Rosinha Xavier, a Sebastiana Xaxier, a Verônica Vieira e a UBS Vila Mariana.

A composição da amostra seguiu os respectivos critérios de inclusão: Ter pelo menos 06 (seis) meses de atuação na Unidade Básica de Saúde; Estar efetivamente atuando na unidade por ocasião da coleta de dados; atendendo ainda ao critério de exclusão: mesmo estando efetivamente atuando na unidade a pelo menos 6 meses, não esteja exercendo a função de enfermeiro assistencial.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário previamente elaborado composto por dados sócio-demográficos, na primeira parte, e na segunda os dados referentes ao objeto do estudo. Os dados coletados foram submetidos a análise estatística simples e disponibilizados através de gráficos e/ou tabelas, construídos com auxílio do programa Excell Office 2010 e discutidos à luz das referências revisadas neste estudo.

O desenvolvimento deste estudo observou as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde quanto aos aspectos éticos de estudos já publicados, sob a expectativa de que não haverá constrangimento nem prejuízo para os sujeitos envolvidos na pesquisa, trazendo benefícios tanto para o pesquisador que irá obter resultados que poderão contribuir para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada pelos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, como também trará benefícios para a população por receber uma assistência individualizada e de qualidade (BRASIL, 2012a).



UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A Atenção Básica de Saúde ou Atenção Primária constitui-se em porta de entrada para atender à população, pois está inserida dentro da comunidade facilitando ainda mais o acesso à saúde e servindo como um espaço de acompanhamento contínuo que tem como meta a promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde da população.

A Portaria nº 648 do Ministério da Saúde, de 28 de março de 2006, define Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, que atua no âmbito individual e coletivo, objetivando a promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção de doenças e agravos, englobando o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Consiste de um processo desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, utilizando assim uma equipe para trabalhar direcionada a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, levando em consideração as especificidades desses territórios (BRASIL, 2007).

No que diz respeito a competências de cada instância governamental, de acordo com a referida portaria compete aos municípios e ao Distrito Federal o cumprimento dos princípios da atenção básica, a organização e execução das ações em seu território. Portanto dentre as competências das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal podem-se citar (BRASIL, 2007):

- a - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União;
- b - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;



- c - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;
- d - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;
- e - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;
- f - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;
- g - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- h- acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;
- i - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e
- j - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

Com relação à infra-estrutura e recursos necessários para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) faz-se necessário a inscrição da referida unidade com ou sem Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, conforme as normas sanitárias vigentes. De acordo com essas normas, a equipe multiprofissional é composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista,



auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros.

O serviço deve disponibilizar consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem; área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolubilidade da Atenção Básica; garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente (BRASIL, 2007)

Os principais serviços oferecidos à população nas Unidades Básicas de Saúde são atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia, tais como consultas médicas, inalacões, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (BRASIL, 2015).

No entanto para a UBS sem saúde da família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, diferentemente para UBS com saúde da família em grandes centros urbanos, recomendando-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica. (BRASIL, 2007)

A Política Nacional de Atenção Básica regulamentada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, revogada pela Portaria nº 24.488 de 21 de Outubro de 2011 avançou no reconhecimento de uma gama maior de modelos de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (ESF), houve a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população



de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais (BRASIL, 2011).

A partir da Portaria nº 24.488 de 21 de Outubro de 2011 a Política Nacional de Atenção Básica passou a articular as ações da atenção básica de forma ampliada com a universalização, Programa Saúde na Escola (PSE) e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de quatro mil pólos da Academia da Saúde até 2014. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da Atenção Básica e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada (BRASIL, 2011).

Além dos serviços existem programas que estão disponíveis para a população como o Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Rede Cegonha, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Brasil Sorridente, dentre outros.

Torna-se cada vez mais importante investir em qualidade no atendimento da Atenção Primária para que se garantam efetivamente a promoção da saúde e a prevenção de doenças preconizadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de um maior controle das endemias e comorbidades que atingem a população.



ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em âmbito da Saúde Coletiva, o enfermeiro atua em diversas áreas conforme previsto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/86), como na assistência de enfermagem individual, desenvolve ações educativas, atua na vigilância epidemiológica, além das ações relativas ao gerenciamento da equipe de enfermagem e participação com a equipe de saúde no planejamento, coordenação e avaliação das ações de saúde.

As atividades de atenção de caráter individual incluem o acolhimento, visitas domiciliares, consultas de enfermagem nos programas de hipertensão arterial e diabetes (HIPERDIA), saúde da mulher e pré-natal, tabagismo, vacinação, realização de testes do pezinho, coletas de material para o exame citopatológico, realização de exames para prevenção de câncer de mamas, instalação de sondas vesicais, realização de curativos cirúrgicos, instalação de nebulização, aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar, solicitação de exames, avaliação de exames laboratoriais solicitados pelos médicos (raios-X, ecografia, eletrocardiograma), entrevista de avaliação com casais para procedimento de vasectomia bem como planejamento familiar e distribuição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (NAUDERER; LIMA, 2008)

Para exercer bem as suas funções o enfermeiro precisa estar inserido em um ambiente que lhe proporcione as condições físicas e psicológicas para que ele possa se sentir motivado a realizar uma assistência satisfatória, tornando-se assim uma preocupação das organizações atuais, tendo em vista que a motivação no trabalho pode interferir na qualidade dos serviços prestados. Desta forma, a busca de explicações para a motivação do trabalhador, em relação ao trabalho, tem sido tema amplamente estudado. Porém um aspecto que muitas vezes tem sido esquecido, diante de tamanha complexidade na qual o enfermeiro está inserido dentro do contexto da Saúde Coletiva, diz respeito a



como esse profissional se sente psicologicamente com relação ao trabalho a ser desenvolvido, como ele vê o trabalho que desenvolve, como se dá a motivação e como esses aspectos vão interferir na assistência prestada à população.

O termo motivação é derivado do latim (*motivus, movere, mover*), indica um conjunto de razões ou motivos, visando a explicar, induzir, incentivar, estimular ou provocar algum tipo de ação ou comportamento (MAXIMIANO, 2007). No que concerne a sua aplicação, a motivação do ser humano é uma função tipicamente interior a cada pessoa. Funciona como uma força propulsora que tem suas fontes freqüentemente escondidas no interior de cada pessoa. Nela, a satisfação ou insatisfação faz parte integrante de sentimentos experimentados tão somente dentro de cada pessoa. A motivação é, portanto, uma energia interna, que cada indivíduo traz dentro de si. Essa energia brota das necessidades, dos instintos de cada indivíduo, direcionando-o para buscar sonhos e objetivos, de acordo com Bergamini (1991) citada por Silva (2012). Em outros termos, é uma força que se encontra no interior de cada pessoa e que pode estar ligada a um desejo. Assim, uma pessoa não pode jamais motivar outra. A probabilidade de que uma pessoa siga uma orientação de ação desejável está diretamente ligada à força de um desejo.

Maximiano (2007) afirma que o comportamento humano é influenciado internamente e externamente. Os motivos internos são os impulsos interiores, de natureza fisiológica e psicológica, afetados por fatores sociológicos: necessidades, aptidões, interesses e habilidades do indivíduo. Os motivos externos são estímulos ou incentivos que o ambiente oferece ou representam a recompensa a ser alcançada, podendo estar voltados tanto para o trabalho quanto para as condições de trabalho. Todavia devem-se levar em consideração que, além do ambiente influenciar pessoas, elas têm interesses diferentes umas das outras. Conseqüentemente pode-se imaginar que elas não estejam fazendo as mesmas coisas pelas mesmas razões. Cada indivíduo é único, pois, ao



longo da vida acumulou experiências que são próprias dele e, a partir delas, é que ele irá perseguir objetivos.

Dias (2012) complementa dizendo que a Motivação intrínseca corresponde à tendência natural de procurar e vencer desafios na tentativa de alcançar metas pessoais, não sendo necessárias recompensas exteriores para a realização da atividade, atuando como força recompensadora em si mesmo e a motivação extrínseca tem por base uma recompensa ou uma tentativa de evitar um castigo.

O comportamento humano é motivado pela busca de objetivos. Entretanto, deve-se levar em consideração que cada indivíduo pensa e age de forma distinta, de acordo com os seus valores, estímulos e necessidades, sendo assim Kondo (1989) referenciado por Souza e Medeiros (2012) afirma que o trabalho não é meramente um esforço que alguém realiza por dinheiro, mas sim uma atividade que produz algo que tem um determinado valor para outras pessoas.

Essa atividade não pode ser motivada; ela é impulsionada por um estímulo interno que faz com que as pessoas utilizem energia em busca de objetivos. Segundo Bergamini (2002, p.05), “o desejo de trabalhar passa a representar uma necessidade de ordem afetiva continuamente alimentada pelo imperativo daqueles valores representados pelo objetivo almejado”.

Morin (2001) citando Hackman e Oldhman (1976) afirma que um trabalho tem significado para uma pessoa quando ela o acha importante, que o mesmo tem uma utilidade e legitimidade. Dessa forma o indivíduo desenvolve um sentimento de satisfação pelo simples fato de estar contribuindo para o processo de melhora da qualidade da saúde do outro, tornando assim o exercício da sua profissão útil e eficaz.

A visão de Maslow (1967) evidenciada em Rosa (2008, p. 35) sobre a auto atualização ou individuação é que a mesma pode ser entendida como “um processo de realização de potenciais, capacidades e talento; é um conhecimento mais amplo e uma aceitação da própria natureza intrínseca da pessoa, é uma tendência incessante para a



unidade, a integração ou sinergia, dentro da própria pessoa”. Sendo assim, o indivíduo que é motivado vê, no trabalho, oportunidade de crescimento e está sempre buscando fazer o melhor, por si mesmo e pela comunidade. A motivação que cada indivíduo tem determinará diretamente o esforço que ele vai despende para executar um trabalho. O trabalho deve, portanto, estabelecer respostas positivas para as necessidades e metas das pessoas.

Percebe-se então que a discussão é ampla, de âmbito intrínseco variando de indivíduo para indivíduo, conforme os impulsos interiores de cada um e em contrapartida é de âmbito extrínseco pois, o meio pode influenciar o indivíduo, interferindo assim diretamente na forma de cada um exercer as funções que lhe são designadas, o que vai influenciar diretamente na qualidade da assistência prestada.

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo modificações ao longo do tempo e uma delas diz respeito à busca da melhoria no atendimento tanto nos Hospitais quanto na Atenção Básica, uma vez que a população vinha sendo diretamente afetada e demonstrava certa insatisfação com os atendimentos.

Diante desse contexto a humanização entrou em evidência e a partir de 2001, pela primeira vez, aparece no nome de um Programa: Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH). O PNHAH foi instituído sob a expectativa de melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, através de ações que davam ênfase à melhora da assistência, focando principalmente as relações entre usuários e profissionais da área da saúde (BRASIL, 2003).

Para Simões et al. (2007) a necessidade de mudanças no atendimento do SUS levou o Ministério da Saúde a criar a política Nacional de Humanização (PNH) ou Política



de Humanização na Atenção da Gestão em Saúde no SUS (HumanizaSUS) em 2003, fazendo com que a Humanização passe a ser definida como uma política, e não mais como programa, norteando princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS.

Diante de alguns problemas enfrentados pela população para de fato ter acesso a um atendimento de saúde de qualidade, tendo em vista muitos direitos terem sido negligenciados, em 2004 iniciou-se a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como Humaniza SUS (SIMÕES et al., 2007)

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcas específicas, segundo Simões et al.(2007): redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários e dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

O destaque nesse processo é a Humanização como um conjunto de estratégias capaz de viabilizar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. Para Wernek (2009) citando Brasil (2004a) configura-se como a construção/efetivação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre esses e os usuários no processo de promoção da saúde.

A Política Nacional de Humanização organiza os processos de trabalho em saúde sob forma de arranjo que facilitem o enfrentamento dos problemas e potencializem a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto. Aponta algumas diretrizes a serem colocadas como “utopia”, que estarão sempre em constante processo por serem alcançadas, sempre mais à frente. São elas: o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Cogestão, a Produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde (BRASIL, 2010).



Nesse sentido a Unidade Básica de Saúde (USB) tem a responsabilidade de acolher a demanda espontânea que ocorre de forma diferenciada no atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a atenção básica trabalha com uma equipe e conta com o conhecimento prévio da população tendo em vista possuir registro em prontuário anterior à queixa atual, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde gerando o acompanhamento e o estabelecimento de vínculo, dando continuidade do cuidado e não apenas um atendimento pontual (BRASIL, 2012b).

Para Roncato, Roxo e Benites (2012), o acolhimento é entendido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, sendo importante para operacionalizar a acessibilidade da clientela, muito embora a Estratégia de Saúde da Família (ESF) seja carente de meios que priorizem os atendimentos dos pacientes com maior risco.

De acordo com Aranha, Silva e Silva (2011) o acolhimento consiste na abertura dos serviços para a demanda e a consequente responsabilização por todos os problemas de saúde de determinada região na qual a unidade de saúde está inserida, levando-se em consideração que a atenção básica representa porta de entrada para a comunidade aos serviços de saúde se torna essencial proporcionar atendimento acolhedor com o objetivo de diminuir as desigualdades e promover cuidado integral ao usuário do serviço.

Werneck (2009) mencionando Souza et al. (2008) ressalta ainda que o acolhimento deve ser visto como um potente dispositivo para atender a exigência de acesso, favorecer o vínculo entre equipe e população, desencadeando um cuidado integral. Seus estudos confirmaram a importância do acesso e do acolhimento como dispositivos estratégicos para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde. Além disso, configuraram-se em elementos centrais de melhoria da qualidade da atenção à saúde, sobretudo no contexto atual de sua expansão e reestruturação.

Os princípios do SUS devem ser respeitados quando se trata do acolhimento à demanda espontânea, porém o que ocorre no cotidiano é o fato da demanda comparecer à unidade de saúde simultaneamente fazendo-se necessário uma avaliação do estado real



de saúde (BRASIL, 2012b). Essa avaliação se dá de forma a organizar o serviço e é denominada Classificação de Risco, tornando-se uma ferramenta que favorece o atendimento humanizado, uma vez que distribui por cores os níveis de complexidade de atendimento.

Com a classificação dos diferentes níveis de risco as situações de maior urgência são identificadas e com isso realizam-se as devidas prioridades, bem como se estimam tempo para que haja o atendimento, sendo portanto necessário um trabalho em equipe, a começar na recepção da unidade, através de um atendente ou de um porteiro que possam identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso (BRASIL, 2012b).

O cuidado à demanda espontânea na Atenção Básica deve estar baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, juntamente com a gestão local reflexiva e as boas práticas de atenção, garantindo assim um atendimento humanizado e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e a comunidade (BRASIL, 2012b).

Um dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde é o atendimento às gestantes quando da realização das consultas de pré-natal, momento em que as mulheres necessitam de uma maior atenção tendo em vista o contexto que estão vivenciando as tornarem ainda mais sensíveis e com uma necessidade de um apoio maior, momento em que o cuidado humanizado deve ser colocado em prática.

A humanização do cuidado no pré-natal é caracterizada pelos profissionais, de acordo com Zampieri e Erdmann (2010), como sendo um cuidado direcionado à mulher na sua integralidade, multidimensionalidade, unicidade, no âmbito individual e coletivo, em todas as faixas etárias e contextos, com o intuito de promover a saúde nos diversos níveis de complexidade, de prevenir, diagnosticar doenças e agravos e recuperar a saúde do indivíduo e dos grupos.



Pensando na integralidade, segundo a fala de Amoreira profissional da UBS que participou do estudo de ZampieriErdmann (2010), o profissional que prioriza a humanização no cuidado tem um olhar ampliado e deve estar atento à integralidade do ser. Vê a mulher como um todo, não apenas as questões fisiológicas ou biológicas, mas coloca seu foco de atenção na relação com familiares, trabalho e aspectos externos.

Para Zampieri e Erdmann(2010) o olhar humanizado, entendido pelos profissionais como acolhimento, consiste em um olhar diferenciado mantendo-se uma postura acolhedora e respeitosa e oferecendo uma escuta qualificada às expectativas e necessidades da usuária, considerando que esse comportamento pode ser um estímulo para adesão ao serviço, significando para os profissionais prestar um atendimento resolutivo, personalizado e com agilidade conforme se observa na fala de (Palmeira, profissional da UBS): [...]humanização no cuidar é acolher, é dar a melhor resolutividade possível. Um atendimento que ela se sinta segura, satisfeita e possa resolver as questões que procura na unidade básica. Uma escuta qualificada. E na fala de Figueira (profissional da UBS): [...] leva a comunidade a sentir que o posto está de portas abertas a qualquer hora para ela.

Falando especificamente sobre o pré-natal, a humanização no cuidado foi caracterizada pelos profissionais como um cuidado que presta uma atenção diferenciada e gera uma mudança de atitude do profissional e não apenas um cuidado que está sendo prestado voltado para rotinas e procedimentos (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010), o que pode ser observado nas falas das gestantes que por sua vez valorizaram essa nova forma de agir dos profissionais:[...] tem ótimos profissionais, mas tem aqueles que não gostam do que fazem. Não tratam a pessoa individualmente, atendem como se fosse mais uma. O caráter do profissional, a sensibilidade, a atitude dele é importante (Girassol, gestante da UBS).

Na visão de uma profissional entrevistada (Palmeira, profissional da UBS) a humanização trata-se da postura atenciosa e ética do profissional para com a gestante,



independente de ambiente e equipe humanizados, visíveis através de pequenos gestos como ouvir, chamar pelo nome, dar voz, valorizar e informar o outro:[...] eu diria que é o fiel de balança. Não tem como você ensinar. É isso que vai personalizar cada profissional. Eu não sei se teria receita ou treinamento, porque isso vem da concepção de mundo, do seu papel enquanto profissional e ser humano. São valores, questões éticas de cada um.

Para algumas gestantes que participaram do estudo Zampieri e Erdmann (2010) humanização no cuidado seria ver não só o atendimento clínico, é mais, exige ver o lado humano, pessoal e social da gestante. [...] é um cuidado mais abrangente. (Dália, gestante do HU); Só medir a barriga, verificar a pressão, escutar o coração e pedir exames não caracterizam um olhar humano (Violeta, gestante do HU). O que comprova que não são especificamente as ações e sim o comportamento do profissional que está prestando o cuidado que faz com que a humanização seja a prioridade nesse desempenho. Neste sentido a humanização no cuidado não se restringe apenas a uma consulta em si, pois a consulta é abstrata e sim no profissional que pode ser humanizado e assim realizará todo o processo de cuidar, pois é uma postura intrínseca a ele, que é exteriorizada em suas ações.

Para a prática de uma Clínica Ampliada é de importância ímpar a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde e com alguns profissionais que lhe sirvam de apoio e de referência técnica, partindo de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorável quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se compromete com o cuidado. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que o procuram ou são por ele procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. (BRASIL, 2010)

Algumas formas de ampliar e favorecer a construção de vínculos seriam: identificar famílias e pessoas que requerem atenção especial, seja no cadastramento das mesmas, no olhar dos agentes comunitários de saúde, nas visitas domiciliares ou em



outras atividades na comunidade; considerar especificidades das populações quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários, dentre outras; trabalhar em articulação com outros níveis de atenção/especialidades, policlínicas, hospitais, maternidades, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), urgências, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), apoio diagnóstico, fortalecendo a rede de saúde local; estabelecer parcerias também com outros setores, como escolas, creches, universidades, centros de assistência social e outras instituições/equipamentos sociais da região e organizações do movimento social/comunitário. (BRASIL, 2010)

Com relação à Co-gestão deve-se implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde, bem como viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento juntamente com tomada de decisão (BRASIL, 2008).

Com relação à valorização do trabalho e dos trabalhadores promover ações de incentivo e valorização da jornada integral de trabalho no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifique sua ação e inserção na rede SUS, considerando também o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador no ambiente de trabalho (BRASIL, 2008).

No estudo realizado por Oliveira Júnior e Souza (2013), com profissionais que gerenciam Unidades de Saúde da Família em serviços de saúde da Região do Recôncavo Sul do Estado da Bahia, foram identificadas diferentes concepções acerca da Humanização que por sua vez deram nomes às categorias deste estudo, quais sejam: Humanização enquanto atendimento de acordo com a demanda/necessidade; Assistência



de acordo com os princípios do SUS; Humanização enquanto acolhimento; e Humanização nas relações com o indivíduo e com a equipe.

A concepção de Humanização para dois dos profissionais entrevistados por Oliveira Júnior e Souza (2013) seria: (...) Agindo como profissional de saúde, na tentativa de humanizar, não só o cliente, mas a equipe que está trabalhando comigo. (E1); ...Eu acho que humanização é muito mais sensibilização (...) tanto para o paciente. A humanização do usuário nos serviços da atenção básica[...] quanto também você ser humanizado em relação às questões internas. (E7).

No entanto outros já interpretam de forma diferente:[...] é uma política com o intuito de promover aqueles princípios que são defendidos pelos SUS! A acessibilidade do usuário, a integralidade, equidade! (E2); Humanização é a gente saber tratar o paciente. [...] é tratar a pessoa de forma igual a que gostaríamos de ser tratado. (E3); [...] é você promover aqueles aspectos do SUS. A integralidade, equidade, bom atendimento [...] (E7).

Oliveira Júnior e Souza (2013) concluem em seu estudo que as idéias apresentadas por cada entrevistado ainda são reduzidas devido à amplitude do conceito de humanização e da abrangência da Política de Humanização vigente no país, que o entendimento de humanização, para os profissionais gerentes, está vinculado de forma a se traduzir em princípios e diretrizes do SUS ou em dispositivos da PNH, sendo portanto uma visão equivocada, segundo eles, já que estes princípios e diretrizes estão intrínsecos ao funcionamento e organização dos serviços do SUS, pois a PNH vem desenvolvendo dispositivos e ferramentas que, ao reafirmarem os princípios do SUS e basearem ações segundo suas diretrizes, propõem mudanças e reorganização de modo a produzir qualidade de vida a todos os sujeitos envolvidos no processo de promoção e produção em saúde.

As mudanças que essas ações podem ocasionar no âmbito da saúde são significativas, porém não ocorrem repentinamente, dependem de um processo que será



construído com a participação de todos os que estão envolvidos (profissionais e a população) para que de fato se possa ver na prática alterações que tragam retorno e contribuam para a melhoria da qualidade da saúde prestada no âmbito da Atenção Básica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As Unidades Básicas de Saúde pesquisadas desenvolvem as ações preconizadas pelo SUS tais como atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia, dentre eles as consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica conforme demonstra Brasil (2015).

Na cidade de Patos-PB existem 40 Unidades Básicas de Saúde distribuídas em quatro Distritos Geo Administrativos contemplando zona urbana e rural. O presente trabalho teve como amostra 23 enfermeiros correspondendo assim a mais de cinquenta por cento do universo da pesquisa.

Quanto ao perfil sócio demográfico foi observado que a faixa etária predominante é de 32 a 34 anos (35%) resultado esse que se aproxima da faixa etária encontrada em trabalho realizado por Rocha e Zeitouné (2007) que pesquisou 24 enfermeiros do Programa de Saúde da Família em Floriano (PI), no ano de 2006 e obteve 54% dos respondentes na faixa etária acima dos 30 anos, e compara seus resultados com estudo desenvolvido por Machado (2000) na região nordeste, em que 56,76% dos enfermeiros estavam na faixa etária acima dos 30 anos. Quanto ao estado civil 48% dos respondentes declararam-se casados.

O resultado com relação ao gênero foi de 96 % feminino o que pôde ser evidenciado em resultado de pesquisa realizada por Araújo e Oliveira (2009) com 26



enfermeiros da Equipe de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV de João Pessoa-PB na qual todos os entrevistados foram do sexo feminino, confirmando-se o que, historicamente, já se tinha constatado na Enfermagem, muito embora o ingresso de indivíduos do sexo masculino nos últimos anos tenha ocorrido, a enfermagem permanece como uma profissão eminentemente feminina.

No que concerne ao tempo de formação foi obtido a média de 6,73 anos após cálculo da média ponderada entre o número de respondentes e o tempo de formado conforme observado na Tabela1 que se aproxima aos estudos de Rocha e Zeitoune (2007) que observou, em relação ao tempo de graduação, que a concentração de enfermeiros trabalhando no PSF tinha mais de 4 anos de formados (58,3%), destes, 50% formados há mais de 10 anos, percebe-se que é significativa a atuação de enfermeiros com até 4 anos de formados (41,6%), resultado semelhante ao encontrado anteriormente para a região Nordeste com 42,2 %, conforme apresenta Machado (2000).

Tabela 1-Tempo de formação

TEMPO DE FORMADO (TF)	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS	6 ANOS	7 ANOS	8 ANOS	10 ANOS	11 ANOS	15 ANOS	Σ
Respondentes (R)	1	4	3	4	5	2	2	1	1	23
TFxR	3	16	15	24	35	16	20	11	15	155

$$XP (\text{MÉDIA PONDERADA}) = 155/23 = 6,73913$$

Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Estudos anteriores como os de Rocha e Zeitoune (2007) que pesquisaram 24 enfermeiros do Programa de Saúde da Família em Floriano (PI), no ano de 2006



identificou que 66,6% dos enfermeiros já cursaram especialização, destes 50% em Saúde Pública, índice maior que o encontrado em estudo anterior referente à região Nordeste com 40,2%, Machado (2000). Em contrapartida, demonstrando que cada vez mais os enfermeiros estão procurando capacitar-se no presente trabalho foi observando que 100% fizeram pós-graduação, porém 31% não especificaram e das especializações realizadas 44% responderam Saúde da Família, o que significa que quase cinquenta por cento tem especialização na área em que está atuando.

Quanto ao tempo de trabalho na UBS o mesmo foi encontrado através da média ponderada entre o número de respondentes e o tempo de trabalho o que resultou em 4,65 anos em média, conforme apresentado na Tabela 2, assemelhando-se a resultado encontrado na pesquisa de Ximenes Neto et al. (2009) realizada com 36 enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de alguns municípios do Ceará no ano de 2004, obtendo 69,4% dos respondentes com 4 anos de atuação.

Tabela 2-Tempo de Trabalho na USB

Tempo de trabalho na UBS (Tt)	6 MESES	1 ANO	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS	6 ANOS	7 ANOS	10 ANOS	Σ
Respondentes (R)	1	2	3	10	2	1	2	2	23
TFxR	6	2	9	40	10	6	14	20	107

$$XP (\text{MÉDIA PONDERADA}) = 107/23=4,65$$

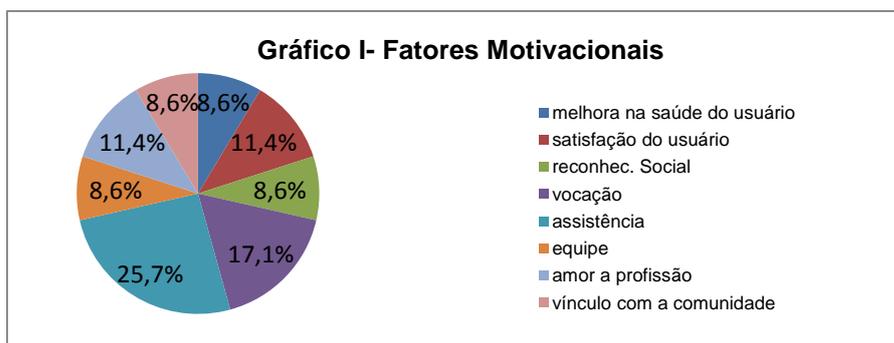
Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Com relação aos fatores motivacionais, a assistência aos usuários e a vocação foram os fatores que mais se destacaram com 25,7% e 17,1% respectivamente, conforme gráfico abaixo. Neste sentido observa-se que os enfermeiros se sentem motivados a partir do fato do trabalho exercido por eles ser algo útil que vai interferir positivamente na vida



de outras pessoas e eles sentem-se gratificados pelo simples fato de desenvolver esta função e por receber como retorno uma palavra de agradecimento como forma de reconhecimento, comprovando na prática o que diz MORIN (2001) citando Hackman e Oldhman (1976) que um trabalho tem sentido para uma pessoa quando ela o acha importante, útil e legítimo. Dessa forma o indivíduo desenvolve um sentimento de satisfação pelo simples fato de estar contribuindo para o processo de melhora qualidade da saúde do outro, dando assim um sentido maior ao exercício da sua profissão.

Outro fator significativo foi a vocação que alguns alegaram que não se vêem fazendo outra coisa na vida e que trabalham na profissão que escolheram. Esses fatores retratam que a motivação interna (intrínseca) do indivíduo está bem presente nas respostas obtidas, muito embora também existam fatores extrínsecos que possam contribuir com a qualidade da assistência.



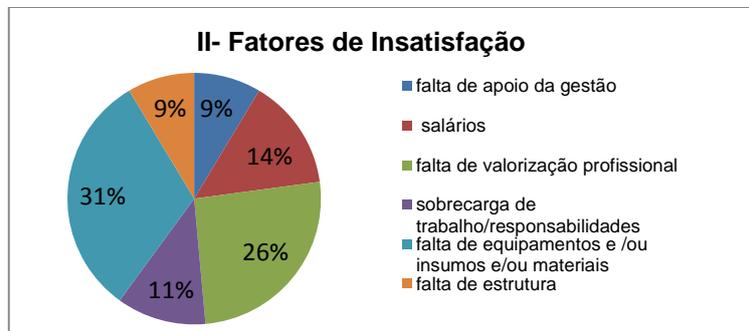
Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Quando foram perguntados com relação aos fatores de insatisfação no exercício de suas atividades os resultados demonstraram que 31% se referem à falta de equipamentos e/ou insumos e/ou materiais, seguidos pelo fator valorização profissional com 26%, conforme observado no gráfico.



Esse resultado vai de encontro ao que diz a Portaria Ministerial nº648/2006 no que concerne às competências de cada instância governamental, pois determina que compete às Secretarias Municipais de Saúde garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica; bem como estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes (BRASIL, 2007).

Neste contexto os enfermeiros apontam muitos fatores de insatisfação que fazem com que não se sintam bem no ambiente de trabalho bem como exercendo as suas funções, não alcançando assim com satisfação os objetivos propostos, ocorrendo assim uma falta de motivação extrínseca que os faz ficar desestimulados por vezes.



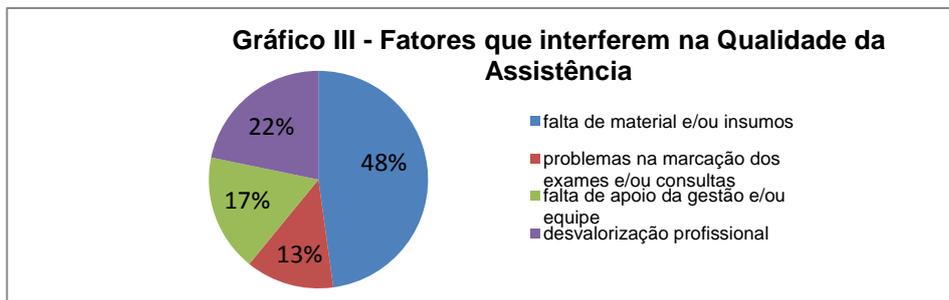
Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Com relação aos fatores que interferem na qualidade da assistência dos profissionais de enfermagem obteve-se o resultado de praticamente a metade dos respondentes (48%) relatando que a falta de equipamentos e/ou insumos e/ou materiais interfere negativamente para que a assistência seja realizada de forma satisfatória e com



qualidade. Outro fator citado foi a Valorização Profissional com 17%, reforçando os dados obtidos na questão anterior, descritos no gráfico a seguir.

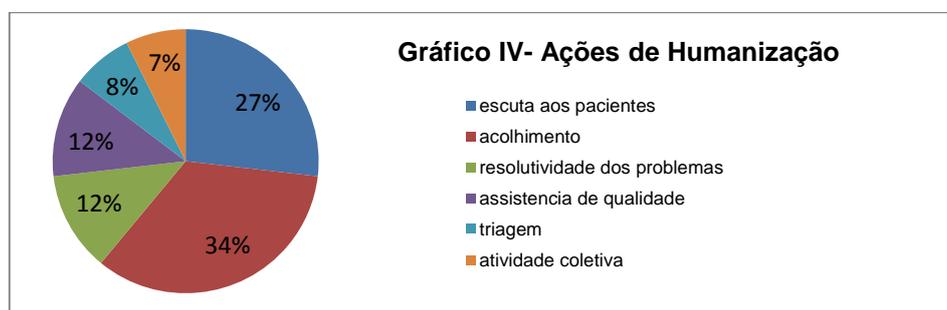
Nesse ponto pode-se perceber que o fator preponderante foi uma motivação de forma extrínseca, ou seja, um fator que se fosse alterado no ambiente de trabalho auxiliaria a realização das atividades dos mesmos e em segundo lugar foi que apareceu o fator intrínseco, corroborando com o que Maximiano (2007) afirma sobre o comportamento humano que o mesmo é influenciado internamente e externamente, sendo os motivos internos os impulsos interiores, de natureza fisiológica e psicológica, afetados por fatores sociológicos tais como necessidades, aptidões, interesses e habilidades do indivíduo. Os motivos externos são estímulos ou incentivos que o ambiente oferece ou representam a recompensa a ser alcançada, podendo estar voltados tanto para o trabalho quanto para as condições de trabalho.



Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

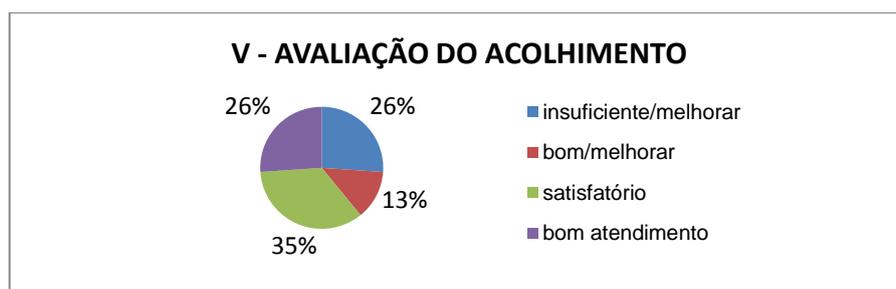
No que diz respeito às ações de humanização realizadas nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas 34% dos enfermeiros relataram que o acolhimento é a ação que mais caracteriza a humanização, seguido pela escuta qualificada ao usuário com 27%. Esses dados estão de acordo com a Política Nacional de Humanização que preconiza dentre os seus objetivos o acolhimento que por sua vez compreende a triagem, a escuta qualificada, bem como o cuidado à demanda espontânea (BRASIL, 2012b).





Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Quando foi solicitado aos enfermeiros para avaliarem o acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde onde atuam os resultados foram satisfatórios para 35% dos respondentes, 26% sugeriram melhorar pois estão realizando o acolhimento de forma insuficiente para atender às necessidades da comunidade, igualmente 26% consideraram que realizam um bom acolhimento e apenas 13% afirmaram que o acolhimento estava bom, mas precisava melhorar. Conforme observado os resultados deram ênfase ao bom e satisfatório acolhimento totalizando 79%. Ressalte-se aqui a importância que o acolhimento tem para favorecer o vínculo entre equipe e população, desencadeando um cuidado integral, segundo Souza et al. (2008) citado por Werneck (2009).



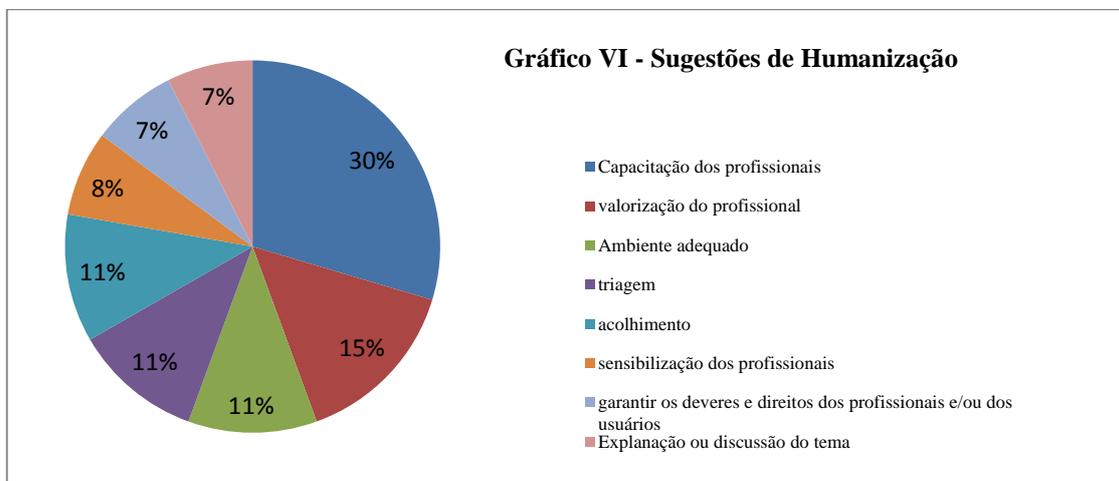
Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.



Os enfermeiros foram perguntados que sugestões dariam para que efetivamente se realizasse a Humanização na assistência no contexto da Atenção Básica e citaram várias ações, dentre elas a mais citada foi a capacitação dos profissionais (30%), em segundo lugar a valorização profissional (15%), seguidos pelo ambiente adequado, a triagem e o acolhimento, com 11% cada. Para 8% dos respondentes seria a sensibilização dos profissionais e para 7% garantir os direitos e deveres dos profissionais e/ou usuários e explanação ou discussão do tema. Percebe-se que as repostas fazem parte do universo do que seria ideal para a aplicação da Política Nacional de Humanização, pois a mesma aponta algumas diretrizes como o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Co-gestão, a Produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde, a serem colocadas como algo almejado porém em constante processo por serem alcançadas (BRASIL, 2010).

Os resultados encontrados assemelham-se aos da pesquisa de Oliveira Júnior e Souza (2013) que observaram que as idéias apresentadas por cada entrevistado ainda são reduzidas devido à amplitude do conceito de humanização e da abrangência da Política de Humanização vigente no país, que o entendimento de humanização, para os profissionais gerentes, está vinculado de forma a se traduzir em princípios e diretrizes do SUS ou em dispositivos da PNH.





Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No entendimento de que cada pessoa é um ser único e se motiva de maneira diferente tanto de forma intrínseca quanto extrínseca se faz necessário uma atenção maior aos profissionais, para que se desenvolvam ações que possam minimizar os fatores de insatisfação alegados na pesquisa com o intuito de trazer benefícios para os profissionais, para a comunidade e para a instituição, garantindo assim um atendimento de qualidade, observando-se os princípios de resolubilidade, Integralidade, Universalidade e Equidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) bem como levando-se em consideração o que diz a Política Nacional de Humanização(PNH) que objetiva ações voltadas tanto para a população no que se refere à uma assistência satisfatória quanto voltado aos aspectos da valorização do trabalho e valorização do profissional de saúde.

Sabe-se que para serem alcançadas as metas propostas pela PNH deve-se passar por um processo de reestruturação da Atenção Básica em todos os âmbitos que a mesma abrange, contando com a participação de todos os atores envolvidos desde os órgãos



reguladores juntamente com a cadeia de profissionais, bem como com o beneficiário final, ou seja, a população, porém deve ser feito um trabalho de conscientização a respeito da importância de se tratar a questão de uma forma mais ampla alcançando os profissionais e os gestores sobre o que seria a essência da humanização, do respeito e valorização do ser humano e das consequências positivas geradas quando se colocam em prática tais ações.

Ultimamente muitos valores têm-se perdido, as pessoas não tem mais tempo e mais consideração umas com as outras, vive-se no imediatismo, na política de tirar vantagens e não medir as consequências dos atos, mas fica o alerta, enquanto a sociedade não se unir em prol de um bem comum, enquanto não parar de olhar pra si mesma como auto-suficiente e não entender que dependemos uns dos outros e é assim que conseguimos avançar, muitas políticas não sairão do papel e têm-se que lamentar por isso. Em um país que se afirma cristão percebe-se um distanciamento considerável do padrão cristão de comportamento preconizado na bíblia sagrada onde o amor e a compaixão devem ser protagonistas, amando o próximo como a si mesmo e a Deus sobre todas as coisas, por isso enquanto a sociedade continuar sendo individualista muitas das estratégias criadas não alcançarão seus objetivos, pois há uma certa ausência de um olhar do humano para o humano, uma certa ausência de um olhar humanizado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos de; OLIVEIRA, Fabíola Moreira Casimiro de. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Paraíba, n. 14, p. 03-14, set. 2009.

ARANHA, Joélinton dos Santos; SILVA, Monyque Évelyn dos Santos; SILVA, Jorge Luiz Lima da. Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na Atenção



Básica. **promoção da saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.23-24, 2011. Disponível em: <www.uff.br/promocaodasaude/acolhim.pdf>. Acesso em: 29/08/2015.

BRASIL. Rede HUMANIZASUS. **A Política Nacional de Humanização– HumanizaSUS**, 2003. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/4-a-rede-humaniza-sus>>. Acesso em: 29/04/15.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html>. Acesso em: 08/05/15.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanização**: Documento base para gestores do SUS/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2008. 4. ed.- Brasília: editora do Ministério da Saúde. 72p. il.: color. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/vanessazevedo/cartilha-humaniza-sus>>. Acesso em: 09/05/15.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/100381finalohumanizasusnaab.pdf>>. Acesso em: 09/05/15

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portal do Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 24.488 de 21 de Outubro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 05/05/15.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 06/05/15.



_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II) Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>. Acesso em: 13/09/15.

_____. PAC Saúde tem 92% dos projetos já concluídos ou em construção. **Portal da Saúde.** 20/04/2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/pac-saude-tem-92-dos-projetos-jaconcluidos-ou-em-construcao>>. Acesso em: 05/05/15.

BERGAMINI, Cecília Whitaker. Motivação: uma viagem ao centro do conceito. **Revista Rae**, São Paulo, v.1, n.1, nov/jan. 2002. Disponível em: <<http://rae.fgv.br/gv-executivo/vol1-num2-2002/motivacao-viagem-ao-centro-conceito>>. Acesso em: 29/08/2015.

COSTA, Danilo Duarte; MATTOS, Arthur. Diagnóstico socioeconômico e ambiental em microbacia hidrográfica localizada em um núcleo de desertificação. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia-MG, v. 14, n. 45, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/17421>>. Acesso em: 29/10/2015.

DIAS, Maria de Fátima Ferreira Gomes. **A motivação dos enfermeiros em tempo de crise.** Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Faculdade de Economia – FEP, Universidade do Porto, 2012. Disponível em: <sigarra.up.pt/fep/pt/publs_pesquisa.show_publ_file?pct_gdoc_id>. Acesso em: 07/05/15.

MACHADO MH, organizadora. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil:** relatório final. Região Nordeste. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2000.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Introdução à administração.** 7.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MORIN, Estelle M. Os sentidos do trabalho. **Revista Rae**, São Paulo, v.41, n.3, p.10, jul/set. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n3/v41n3a02.pdf>>. Acesso em: 30/04/15



NAUDERER, Taís Maria; LIMA, Maria Alice da Silva. Práticas de Enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde em Município do sul do Brasil. **Rev. Latino-am Enfermagem**.v.16, n.5,setembro-outubro 2008. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 07/05/15.

OLIVEIRA JÚNIOR, JC de; SOUZA, MKB de. A humanização nos serviços da atenção básica de saúde: concepções de profissionais de saúde.**RevenfermUFPEonline**., Recife, 7(5):4370-7, jun./2013. Disponível em: <[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/...](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/)>. Acesso em: 29/08/2015.

ROCHA, J. S. M.; KURTZ, S. M. J. M. **Manual de Manejo Integrado de Bacias Hidrográficas**. 4. ed. - Santa Maria: Edições UFSM CCR/UFSM, 2007. 302 p.

ROCHA, JesanneBarguil Brasileiro; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, jan./mar. 2007,15(1):46-52.

RONCATO, Zanetti Ballardin; ROXO, Cristiano de Oliveira; BENITES, Daiane Freire. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **AMRIGS**,Rio Grande do Sul, v. 56, n. 4, p.285-366, out./nov. 2012. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/56-4/1048.pdf>>. Acesso em: 13/04/15.

ROSA, J. H. **Trabalho, percepção, expectativas e vivências**: Um estudo a partir de uma instituição bancária pública federal. Pesquisa apresentada para defesa de dissertação à banca examinadora do programa de pós-graduação em Psicologia Educacional como exigência parcial para obtenção do título de Mestre. Osasco/SP: UNIFIEO, 2008. Disponível em: <http://www.unifieo.br/files/download/site/mestrado psicologiaeducacional/Disserta%20C3%A7%C3%B5es%20de%20Mestrado%20psicologia/2008/JAIR_2008.pdf>. Acesso em: 20/05/15.

SILVA, Danilo Duarte Costa. **Aplicação e análise de metodologia de deterioração ambiental em micro-bacia do seridó potiguar**. Dissertação de mestrado em Engenharia Sanitária, UFRN, Natal/RN,2010. Disponível em: <repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/.../15966/.../DaniloDCS_DISSERT.pdf>. Acesso em: 29/10/2015.



SILVA, Carla Liliane de Melo Fernandes Costa e. **Tipologia do Voluntariado e Rotatividade de Pessoas:**O Caso da Diaconiaem Natal (RN-Brasil).

Monografia apresentada como exigência parcial a Conclusão do curso de Especialização em Gestão e Desenvolvimento de Projetos Sociais. UNIFIL-Centro Universitário Filadélfia, Londrina-Pr, 2012.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis, et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 3, n. 16, p.439-444, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a09v16n3.pdf>>. Acesso em: 30/04/2015.

SOUZA, Washington José de; MEDEIROS, Jássio Pereira de.Trabalho Voluntário: motivos para sua realização. **Revista de Ciências da Administração**. v.14, n.33, p.93-102, ago. 2012.

WERNECK, Aline de Freitas Velasco. **Implantação do acolhimento na unidade básica de saúde Rita de Cássia Oliveira Eugênio em Caucaia-Ceará**. 2009. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde da Família, Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/aline-de-freitas-velasco-werneck.pdf>>Acesso em: 12/04/15.

XIMENES NETO, FRG. et al. Necessidades de qualificação dos enfermeiros da Estratégia saúde da família no Ceará, Brasil. **Enfermería Global**. n.17.out.2009. Disponível em: <revistas.um.es/eglobal/article/download/75191/73121>. Acesso em: 27/10/2015.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, AlacoqueLorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olharpara além das divergências e convergências. **Rev. Bras. SaúdeMatern. Infant.**, Recife, 10 (3): 359-367 jul./set., 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000300009&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 31/08/2015.



Artigo

**DIABETES MELLITUS: DIFICULDADES DE PORTADORES À ADESÃO E
DIETA**

DIABETES MELLITUS: PROBLEMS OF ACCESSION AND DIET

Erivelto Alexandre Do Carmo¹

Edmara Nóbrega Xavier Martins²

Mércia de França N. Nóbrega³

Alba Rejane Gomes De Moura Rodrigues⁴

RESUMO – O Diabetes mellitus é uma doença crônica de ordem metabólica caracterizada por hiperglicemia e distúrbio do metabolismo dos macronutrientes, devido à alteração da ação e/ou da excreção de insulina pelo pâncreas. O estilo de vida é fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade. Os maiores riscos para a saúde e o bem-estar advêm do próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras sociais. Este estudo tem como objetivo geral; Investigar os fatores que dificultam à adesão dos portadores de diabetes mellitus a dieta, tendo ainda como objetivos específicos descrever os fatores que interferem para adesão ao seguimento da dieta; Identificar as dificuldades dos diabéticos acerca da alimentação. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa. Cujo objetivo é informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. O estudo foi realizado no município de Patos – PB na (ESF) Estratégia de Saúde da Família Ernany Sátyro. Os resultados mostram que a maioria dos indivíduos relataram possuir tempo de diagnóstico para doença superior a 2 anos. Verificamos que 55 (78,70%) informaram que não tiveram dificuldades em aceitar a doença, já 15 (21,30%) disseram que tiveram sim. O autocuidado reflete

¹ Graduando em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

² Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência e Especialista em Enfermagem do Trabalho.

³ Enfermeira. Mestre em ciência da saúde pela UNICSUL-SP. Docente das Faculdades Integradas de Patos – FIP e Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Pesquisas em Cirurgia pela FCMSC-SP. Docente das Faculdades Integradas de Patos – FIP e Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.



significativamente nas ações frente ao diabetes mellitus, dessa forma acreditamos que o melhor meio de promover isso e a educação, conscientizar a população sobre a prática de medidas que diminua os riscos do desenvolvimento de doença, como também na sua prevenção, frente a isto o profissional enfermeiro representa um importante agente disseminador dessas ações, cabendo-lhe todo este papel educativo voltado para o autocuidado.

DESCRITORES: Auto cuidado. Assistência de enfermagem. Diabetes mellitus.

ABSTRACT – Diabetes mellitus is a chronic disease of metabolic order characterized by hyperglycemia and disturbance of the metabolism of macronutrients, due to change of the insulin excretion action by the pancreas. The lifestyle is crucial in promoting health and reducing mortality. The greatest risks to the health and well-being of individual behavior itself, arising as a result of both the information and the person, but also of opportunities and social barriers. This study aims; Investigate the factors that hinder the accession of patients with diabetes mellitus diet, having as specific objectives describe the factors that affect to the follow-up of the diet; Identify the difficulties of diabetics about food. This is an exploratory descriptive study, with a quantitative approach. Whose goal is to inform about the distribution of an event, in population, in quantitative terms. The study was conducted in the city of Patos-PB in (ESF) Family Health Strategy Ernany Sátyro. The results show that the majority of individuals reported owning time for illness of more than 2 years. We found that 55 (78.70) reported that they had no difficulty in accepting the disease, already 15 (21.30) said they had Yes. Self-care reflects significantly in front of the diabetes mellitus, so we believe the best way to promote it and education, educate the public about the practice of measures that decrease the risk of developing disease, as well as its prevention against this the professional nurse represents an important agent disseminator of these actions, all this educational role focused on self-care.

DESCRIPTORES: Auto care. Nursing care. Diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

É evidente o aumento da população mundial, o crescimento tecnológico e o avanço da medicina, isso de certa forma tem proporcionado ao homem uma expectativa



de vida maior. Por trás de todos estes benefícios há sérios riscos para a saúde humana, pois o ser humano passou a consumir mais em todos os aspectos. As pessoas vivendo mais passaram a comer mais e de forma não saudável, tornaram-se mais sedentárias tendo uma vida menos ativa repleta de abusos ingerindo drogas, álcool, tabaco etc. Fazendo com que o número de pessoas com diabetes no mundo crescesse.

O Diabetes mellitus é uma doença crônica de ordem metabólica caracterizada por hiperglicemia e distúrbio do metabolismo dos macronutrientes, devido à alteração da ação e/ou da excreção de insulina pelo pâncreas (GOUVEIA; RODRIGUES, 2012).

O Diabetes mellitus apresenta duas classificações principais, são do tipo 1, que aparece principalmente na infância ou na adolescência e o tipo 2, a mais frequente, que corresponde a aproximadamente a 85% a 90% dos casos e aparece insidiosamente, principalmente em adultos. Há outras formas menos frequentes de Diabetes mellitus, como a gestacional e outros tipos associado a outras condições ou síndromes (GUIDONI et al., 2009).

No Brasil o diabetes está entre as dez maiores causas de morte e acomete pessoas de todas as idades e níveis socioeconômicos; os números de portadores da doença não diagnosticados e mal controlados são expressivamente elevados. Afeta aproximadamente seis milhões de brasileiro (BRAGA, 2012).

O estilo de vida é fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade. Os maiores riscos para a saúde e o bem-estar advêm do próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras sociais (NAHAS, 2011).

Devido aos problemas relacionados ao tratamento do Diabetes Mellitus, considera-se necessário o acompanhamento da equipe de enfermagem, a esses pacientes propondo medidas educativas, tanto no repasse das informações a respeito da patologia e seu tratamento como também instituindo as pessoas que cuidam de seus pacientes quanto



à medicação, exercícios físicos e dieta, promovendo assim, uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos.

Diante do exposto e das necessidades evidenciadas pelos pacientes portadores de diabetes surgiu o seguinte questionamento: Quais os fatores que contribuem para a não adesão à dieta do indivíduo com diabetes mellitus?

A realização deste estudo é de grande importância para o meio acadêmico, científico e profissional, acreditamos que a sua realização poderá contribuir para a melhora da qualidade de vida de indivíduos portadores de Diabetes Mellitus, como também identificar possíveis problemas que possam ser prejudicial a saúde dos mesmos, com relação ao controle dietético.

Este estudo tem como objetivo geral; Investigar os fatores que dificultam à adesão dos portadores de diabetes mellitus a dieta, tendo ainda como objetivos específicos descrever os fatores que interferem para adesão ao seguimento da dieta; Identificar as dificuldades dos diabéticos acerca da alimentação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa. Cujo objetivo é informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. O estudo foi realizado no município de Patos – PB na (ESF) Estratégia de Saúde da Família Ernany Sátyro. O município conta hoje com 42 ESF que atendem na Atenção Básica aproximadamente 100 mil pessoas, a escolha pela ESF deu-se pelo fato das mesma estar inserida em uma comunidade da periferia do município citado. A população é composta por 70 portadores de Diabetes, cadastrados na referida Unidade Básica de Saúde. A amostra é 100 %.



O instrumento a ser utilizado foi um questionário previamente elaborado, onde continha perguntas objetivas e subjetivas, aplicado em forma de entrevista após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos - FIP, foi iniciada a coleta de dados na UBS com os portadores de diabetes, onde a entrevista durou em média de 5 a 10 minutos na recepção do UBS

Após a coleta dos dados através dos questionários, os mesmos foram consolidados estatisticamente e analisados sendo apresentados através de tabelas e quadros, acompanhados posteriormente de análises e discussão dos resultados.

Este estudo está em acordo com os Aspecto Éticos preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que trata de aspectos éticos nas pesquisas que envolvem seres humanos, será solicitado a cada participante da pesquisa, o Consentimento Livre e Esclarecido, informando os objetivos do trabalho, a garantia do anonimato e o sigilo dos resultados obtidos no término da pesquisa (BRASIL, 2012).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Dados sócio demográficos do estudo

CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS	f	%
Idade	21 a 30 anos	2	2,84
	31 a 40 anos	1	1,42
	41 a 50 anos	4	5,68
	51 a 60 anos	14	19,88
	61 a 70 anos	30	43,2
	71 a 80 anos	14	19,88
	Acima de 80 anos	5	7,1
Sexo	Masculino	21	29,82
	Feminino	49	70,18
Situação Civil	Solteiro	17	24,14
	Casado	37	53,14
	Viúvo	13	18,46
	Divorciado	3	4,26
Escolaridade	Não alfabetizado	27	38,34
	Ensino Fundamental completo	3	4,26
	Ensino Fundamental Incompleto	36	51,72
	Ensino médio completo	4	5,68
Renda familiar	Até um salário mínimo	61	87,22
	De 1 a 2 salários mínimos	9	12,78
TOTAL	-	70	100

Fonte: Dados da pesquisa 2015



Quanto a idade dos participantes da pesquisa, observou-se que 2 (2,84%) possui idade ente 21 a 30 anos, 1 (1,42%) entre 31 a 40 anos, 4 (5,68%) 41 a 50 anos, 14 (19,88%) entre 51 a 60 anos, 30 (43,2%) entre 61 a 70 anos, 14 (19,88%) 71 a 80 anos, e 5 (7,1%) acima de 80 anos.

Podemos observar que em relação a idade dos participantes deste estudo que a grande maioria dos sujeitos diagnosticados com diabetes mellitus estão na faixa etária de 51 a 80 anos. O diabetes hoje é uma doença que afeta todas a faixas etária de vida do indivíduo sendo de maior prevalência na segunda parte da vida adulta.

Nossos resultado estão compatíveis com um estudo realizado por Yoneda, Souza e Zucchi (2014) em que foi evidenciada a prevalência de diabetes em pessoas que se encontravam na faixa etária dos 60 anos de idade, mas isso não descaracteriza a importância de rastrear a doenças em idades mais baixas.

Quanto ao sexo, 21 (29,82%) são do sexo masculino, 49 (70,18%) do sexo feminino. A prevalência do diabetes no Brasil apresenta percentuais iguais para ambos os gêneros (LIMA *et al.*, 2011). Ao confrontarmos os dados deste estudo com os de Tavares *et al.* (2007) verificamos semelhanças, considerando que os referidos estudos encontrara-se predominância do sexo feminino.

Sobre a situação civil, 17 (24,14%) informaram ser solteiros (a), 37 (53,14%) casados (a), 13 (18,46%) viúvos (a), 3 (4,26%) divorciados (a).

Verifica-se que a maioria dos nosso entrevistados relataram serem casados, de acordo com (FERREIRA; FERREIRA, 2009) a família como unidade cuidadora do paciente diabético colabora para o controle glicêmico do mesmo.

Questionados sobre a escolaridade, 27 (38,34%) relataram não ser alfabetizados, 3 (4,26%) possuir o ensino fundamental completo, 36 (51,72%) tem o ensino fundamental incompleto, e 4 (5,68%) possuem ensino médio completo.



A baixa escolaridade é concordante com outros estudos, os quais constataram que a maioria dos seus entrevistados eram analfabetos (40,5%) ou tinha o ensino fundamental incompleto (30,4%) (ARAÚJO et al., 2010).

Outro estudo de caráter observacional, de cunho exploratório descritivo investigou o prontuário de 45 pessoas com DM cadastradas na UBSF Pedregal II, em Cuiabá/MT, no período de janeiro a dezembro de 2009, verificou uma prevalência de alfabetizados de 82%, se mostrando contraria aos achados deste estudo (SILVEIRA et al., 2010).

Quanto a renda familiar, 61 (87,22%) relataram ter renda de até um salário mínimo, já 9 (12,78%) possuir renda de 1 a 2 salários mínimos.

Tabela 2 - Dados referentes ao objetivo do estudo

CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
É fumante	Sim	15	21,3
	Não	55	78,7
Faz uso de bebida alcoólica	Sim	2	2,84
	Não	68	97,16
TOTAL	-	70	100

Fonte: Dados da pesquisa 2015

Ao analisarmos a tabela 2 verificamos que ao serem questionados se eram fumantes 15 (21,3%) disseram que sim, 55 (78,7%) relataram que não.

É considerado um importante problema de saúde pública e persiste como uma das principais causas preveníveis de morte no mundo, onde morrem anualmente, cerca de 5 milhões de pessoas em decorrência das doenças provocadas pelo tabaco. O hábito de fumar constitui um fator de risco para o desenvolvimento do DM, pois, favorece a progressão da aterosclerose, a diminuição da sensibilidade à insulina e a piora da

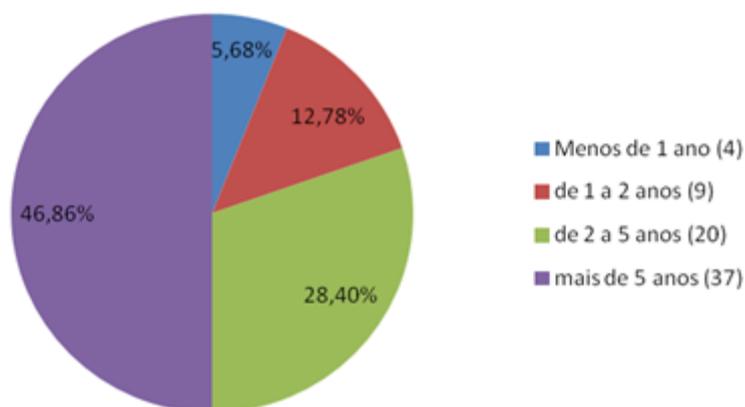


albuminúria, além de favorecer, em pacientes diabéticos a progressão da nefropatia diabética (COELHO; PACE, 2013).

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas 2 (2,84%) afirmaram fazer uso, enquanto a grande maioria 68 (97,16%) disseram não fazer uso.

A ingestão de álcool deve ser moderada e de preferência junto das refeições, e o limite diário é de uma a duas doses, ou seja, uma equivalência de 10-20ml de álcool/dia (BRASIL, 2006). O consumo de álcool pode resultar em alterações que podem agravar o estado de saúde do 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 em maior risco de acidentes e ferimentos (HULSE, 2002).

Gráfico 1 – Tempo de diagnóstico da doença.



Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Sobre o tempo de diagnóstico da doença, verificou-se no gráfico 1 que 4 (5,68%) descobriram a doença a menos de 1 ano, 9 (12,78%) receberam diagnóstico entre 1 a 2 anos, 20 (28,40%) entre 2 a 5 anos, e 37 (46,86%) foram diagnosticados a mais de 5 anos

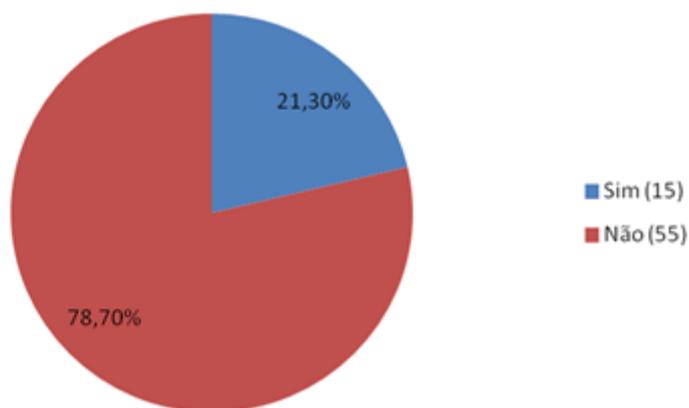


com a doença. Verifica-se que a maioria dos indivíduos relataram possuir tempo de diagnóstico para doença superior a 2 anos.

Acreditamos que indivíduos cujo diagnóstico da doença seja recente, torna-se mais susceptíveis a complicações devido à desinformação e a repentina mudança de hábitos a partir do momento em que foi diagnosticado com a doença, desse modo contribuindo para o surgimento de indagações, medos ou receios. E, a partir do momento em que recebem as informações, podem adaptar-se ao novo estilo de vida e até fazer com que venham conseguir a ter mesmo os hábitos de vida do período anterior ao diagnóstico.

Segundo Oliveira; Franco (2010) o tempo de diagnóstico é um indicador importante no estudo dos usuários com DMT2, pois quanto maior o tempo de diagnóstico, maior a incidência, e prevalência de complicações. É importante destacar a dificuldade para determinar com exatidão o tempo da doença, devido ao período assintomático que precede o estabelecimento do diagnóstico.

Gráfico 2 – Teve dificuldade em compreender e aceitar a doença.



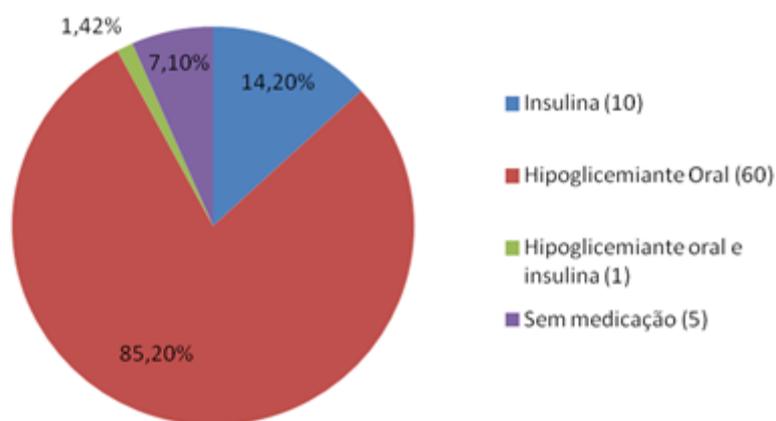
Fonte: Dados da pesquisa 2015



Ao serem questionados sobre se tiveram dificuldades em compreender e aceitar a doença, verificamos que 55 (78,70%) informaram que não, já 15 (21,30%) disseram que tiveram sim. Observa-se neste estudo que a maioria dos entrevistados relataram não possuir dificuldade em compreender e aceitar a doença. O que nos chama a atenção para um ponto positivo, pois quando se tem compreensão sobre a doença torna o tratamento menos doloroso psicologicamente falando, e também contribui para medidas que visam a promoção do auto cuidado.

Contudo, é importante ressaltar que, ter conhecimento sobre a doença nem sempre é garantia de mudança de comportamento, pois para isto são necessárias condições essenciais que independem da vontade das pessoas. Nesse contexto, destacam-se os fatores econômicos, sociais, culturais e motivacionais dos indivíduos e da comunidade e a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde (COELHO; PACE, 2013).

Gráfico 3 – faz uso de medicação.



Fonte: Dados da pesquisa 2015



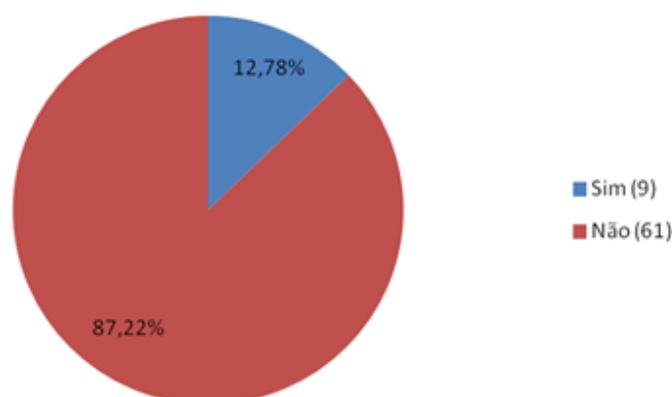
Sobre o uso de medicação, 1 (1,42%) disse fazer uso de hipoglicemiante oral e insulina, 10 (14,20%) fazem uso de insulina, 60 (85,20%) fazem uso de hipoglicemiante oral, apenas 5 (7,10%) não fazem uso de medicação.

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).

O tratamento do DM visa a manutenção do controle metabólico e compreende, basicamente, as terapias não medicamentosa e medicamentosa, sendo a primeira relacionada às mudanças de comportamento associadas à alimentação saudável e à atividade física (LERMAN, 2005).

Nesse contexto, a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso apresenta-se como conceito fundamental no cuidado à pessoa com DM, e a compreensão de barreiras e de facilitadores para as mudanças comportamentais poderá subsidiar as intervenções de enfermagem para promover ou fortalecer condições favoráveis à adesão (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2012).

Gráfico 4 – Tem dificuldade no uso das medicações.



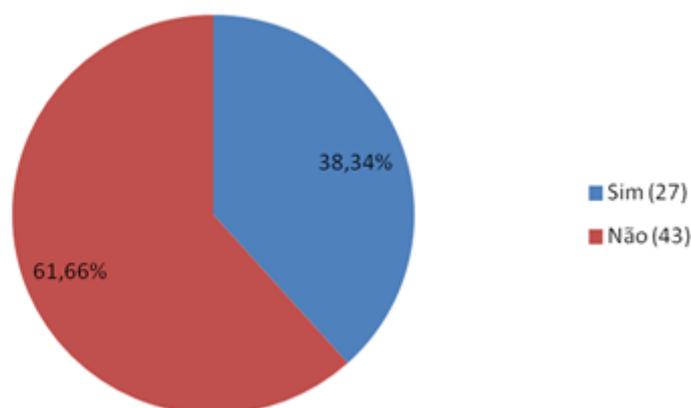
Fonte: Dados da pesquisa 2015



Quanto a dificuldade no uso das medicações, 9 (12,78%) disseram possuir, por outro lado a grande maioria 61 (87,22%) informaram não ter dificuldades em fazer o uso das medicações. Ao receber o diagnóstico de uma certa doença é comum muitos indivíduos resistirem ao uso de medicação ou até mesmo apresentarem algum tipo de reação ou efeito indesejado, quando falamos do diabetes reconhecer a importância da utilização dessa substância medicamentosa no tratamento do diabetes é de fundamental, e acima de tudo ter consciência de que seu uso de forma adequada trará inúmeros benefícios para o usuário.

A percepção e o conhecimento pelo paciente sobre os benefícios esperados com o tratamento levam à maior adesão à terapia medicamentosa, dessa forma é importante que ele seja conhecedor e aceite a forma de manter, controlar ou até mesmo reduzir os níveis glicêmicos no organismo (SANTO et al., 2012).

Gráfico 5 – Pratica alguma atividade física



Fonte: Dados da pesquisa 2015

No que se refere a prática de atividade física, 27 (38,34%) relataram praticar alguma atividade física, já 43 (61,66%) informaram não ser praticantes. Verifica-se que

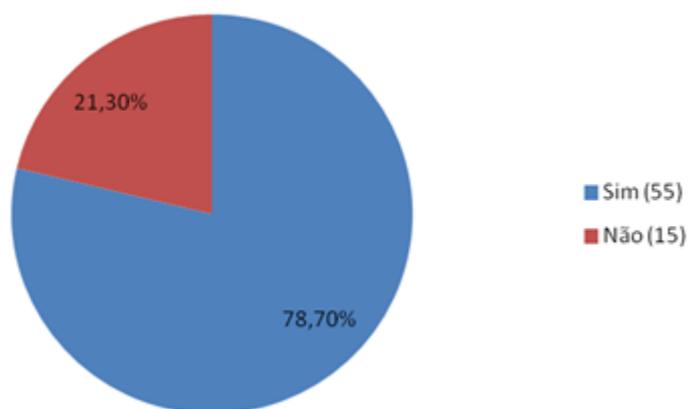


o número de indivíduos que relataram não fazer algum tipo de atividade física é relativamente alto, essa não adesão a prática da atividade física pode interferir significativamente na qualidade de vida deles, contribuindo para o agravamento da doença e o surgimento de outras.

Em concordância com o nosso estudo Assunção, costa e Santos (2012), constatou a baixa adesão à dieta e ao exercício físico entre pessoas com DM, segundo os autores supracitados, é importante e fundamental que o indivíduo esteja ciente da importância da prática da atividade física, bem como da dietoterapia, pois para que se tenha um tratamento satisfatório é necessário que se trabalhe em conjunto diminuindo os risco e a vulnerabilidade do indivíduo para o surgimento de outras patologias decorrentes do diabetes mellitus.

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).

Gráfico 6 – Segue orientação alimentar



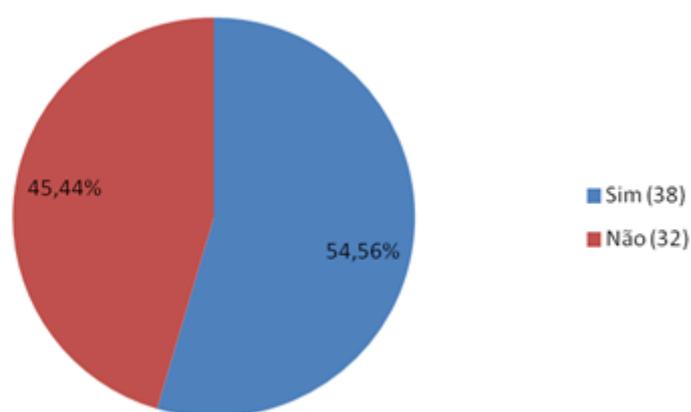
Fonte: Dados da pesquisa 2015



Questionados se seguem orientação alimentar, 55 (78,70%) disseram seguir, enquanto que 15 (21,30%) informaram que não seguem. Nota-se no gráfico acima que a grande maioria dos indivíduos aqui estudados relataram seguir orientações quanto a alimentação, verifica-se um ponto positivo, pois quanto maior for o nível de orientação do portador de diabetes quanto a boas práticas de hábitos alimentares melhor será sua qualidade de vida e o tratamento do diabetes mellitus, esta prática deve ser vista como um conjunto de ações e medidas cuja sua finalidade visa sobretudo o auto cuidado.

Adesão ao autocuidado é definida como a extensão na qual o comportamento da pessoa se refere ao uso de medicação, ao seguimento de dietas e à prática diária de atividades físicas para o favorecimento da mudança de comportamento e adoção de hábitos de vida saudáveis. A adesão não pode ser pensada como um construto unitário, mas, sim, multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto do regime terapêutico, mas não aderir aos outros (GOMES-VILLAS BOAS et al., 20110).

Gráfico 7 – Possui dificuldade em seguir a dieta.



Fonte: Dados da pesquisa 2015



Ao serem abordados sobre se possuíam algum tipo de dificuldade em seguir a dieta, 38 (54,56%) disseram que sim possuem dificuldade, em contrapartida, 32 (45,44%) relatou não possuir. Ter uma alimentação saudável e balanceada é imprescindível para o ser humano, sobretudo quando este sofre de alguma doenças que altere todo processo metabólico torna-se fundamental manter o controle a fim de se possa ter os controles dos níveis metabólicos no organismo.

Para Faria; Zanetti (2011) a educação nutricional é um dos pontos fundamentais no tratamento do DMT, sem uma alimentação saudável, não é possível obter um controle metabólico adequado.

Considerando que a dieta do diabético é um dos fatores fundamentais para manter os níveis glicêmicos dentro de limites desejáveis, planejamento alimentar deve ser cuidadosamente elaborado, com ênfase na necessidade individual. Para ser bem sucedida, a dieta deve ser orientada de acordo com o estilo de vida, rotina de trabalho, hábitos alimentares, nível sócio econômico, tipo de diabetes e a medicação prescrita. Os diabéticos insulino dependentes requerem ingestão de alimentos com fatores específicos de carboidratos, em horários determinados, para evitar hipoglicemia e grandes flutuações de níveis glicêmicos (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus tornou-se nos últimos anos importante problema de saúde pública, aliado a isto verifica-se que as condições de qualidade de vida das pessoas mudaram, com isso vieram a maior utilização de alimentos industrializados, o sedentarismo, além de outros fatores de risco para o surgimento da doença.

O autocuidado reflete significativamente nas ações frente ao diabetes mellitus, dessa forma acreditamos que o melhor meio de promover isso e a educação, conscientizar



a população sobre a prática de medidas que diminua os riscos do desenvolvimento de doença, como também na sua prevenção, frente a isto o profissional enfermeiro representa um importante agente disseminador dessas ações, cabendo-lhe todo este papel educativo voltado para o autocuidado.

A realização deste estudo oferece subsídios á 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 á 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 portadora de diabetes.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M. et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. Esc Anna Nery Rev Enferm, 14 (2), 361-67, 2010.

ASSUNÇÃO, M.C.F; SANTOS, I.S; COSTA, J.S.D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2002 Jan-Fev; 18(1):205-11.

BRAGA, Walter R. C. **Enciclopédia da Saúde, Diabetes mellitus**. Vol. 1/3. Rio de Janeiro: Mesdi, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP**. Resolução CNS nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012, 24 p. Acesso em 21 de outubro de 2012.



COELHO, A. C. M.; PACE, A. E. - Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 um seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto. Tese [Mestrado em ciências] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2013.

FARIA, M. T. G.; ZANETTI, M. L. - Desafio para a atenção em saúde: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2, no município de Passos, MG. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2011.

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.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C; et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 20(1):[08 telas] jan.-fev. 2012

GOUVEIA, J.N.S., RODRIGUES, C.R.F. **Como o portador de diabetes mellitus enfrenta a doença e seu tratamento – uma revisão integrativa**, n. , p.1-22, 2012. Acesso: 10 de abril 2013.

GUIDONI, C.M. et al.; OLIVERA, C.M.X; FREITAS, O.; PEREIRA, L.R.L. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. Departamento de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. **Rev. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n.1, jan/mar., 2009.

HULSE, G. K. Álcool, drogas e muito mais tarde na vida. **Rer. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2002, vol.24, Disponível em <http://translate.google.com.br/translate?>. Acesso em 10 de outubro de 2012.

LERMAN, I. Adherence to treatment: a key for avoiding long-term complications of diabetes. Arch Med Res. 2005 May-Jun; 36(3):300-6.

LIMA, M. R. et al. Hipertensão arterial: procurando compreender a convivência de um grupo de idosos com hipertensão a arterial. **Tem. Saúde**, v.13, n.1, 2013.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 2 ed. Londrina: Midiograf, 2011.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2015

OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, L. J. - Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 54 (5), 455-62, 2010.

RUBIN, R. R. Adherence to pharmalogic therapy in patiens with type 2 diabetes mellitus. **The American Journal of Medicine.** v. 118, n. 5, 2005.

SANTO, M. B. do. E. et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem Revista.** V. 15. N° 01 . Jan/Abr. 2012.

SILVEIRA, J. A. A.; et al.- Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. *O Mundo da Saúde*, 34 (1), 43-49, 2010.



Diabetes mellitus: dificuldades de portadores à adesão e dieta

Páginas 157 a 175

Artigo

PREVALÊNCIA DE HIV EM INDIVÍDUOS RESIDENTES NA CIDADE DE PATOS-PB QUE BUSCAM O CENTRO DE TESTAGEM E ACOMPANHAMENTO (CTA) NO PERÍODO DE 2011 A 2014

HIV PREVALENCE in INDIVIDUALS RESIDENT IN THE CITY OF PATOS-PB WHO SEEK TESTING AND MONITORING CENTER (CTA) FOR THE PERIOD 2011 TO 2014

Thyessa Paola Cavalcante Silva¹
Alanna Michely Batista de Moraes²
Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues³

RESUMO – A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma doença causada por um vírus, que afeta o sistema imunológico humano. Os primeiros registros de HIV/AIDS no Brasil ocorreram no início da década de 1980 e provocou um sentimento de medo, pânico, negação e preconceito. Em 1985, o HIV/AIDS foi reconhecido como problema emergente da saúde pública. Existe uma ação social estimulada pelo governo federal para combater e evitar a discriminação do indivíduo soro positivo, que são os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs). Os mesmos permitem conhecer de modo precoce o perfil epidemiológico dos indivíduos infectados, que buscam atendimento. Trata-se de um estudo exploratório quantitativo que teve por objetivo detectar a prevalência de HIV em indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Acompanhamento da cidade de Patos-PB. A população do estudo foi constituída por todos os pacientes diagnosticados com HIV no período de 2011 a 2014 atendidos no Centro de Testagem e Acompanhamento, que totalizou 118 pacientes, a amostra foi composta por todos os prontuários referentes o

¹ Graduanda do Curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: thyessa-pb@hotmail.com

² Professora Especialista das Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: alannabiomed@hotmail.com

³ Doutoranda em Pesquisa em Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC-SP), Mestre em Ciências da Educação pela ULHT(LISBOA) Portugal, docente das Faculdades Integradas de Patos e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: rejanegomesmoura@gmail.com



diagnóstico de HIV, correspondendo ao período de 2011 a 2014 disponíveis no período da pesquisa, representando 100% do total proposto. Os resultados do estudo demonstram que a prevalência de HIV/AIDS é em homens, e a faixa etária mais acometida é de 30 a 39 anos de idade e esta prevalência no município ainda continua alta, pois evidenciou-se 118 casos notificados. Portanto é importante continuar com as campanhas de Educação em saúde, rastreamento e controle dos soropositivos e sensibilização dos usuários para testagem e aconselhamento após exposição aos fatores de risco.

Palavras-chave: HIV/AIDS. Prevalência. Epidemiologia. Prevenção.

ABSTRACT – The Acquired Immune Deficiency Syndrome is a disease caused by a virus that affects the human immune system. The first records of HIV / AIDS in Brazil occurred in the early 1980s and caused a sense of fear, panic, denial and prejudice. In 1985, HIV / AIDS has been recognized as an emerging public health problem. There is a social action stimulated by the federal government to combat and prevent discrimination of HIV positive individuals who are the Testing and Counseling Centers (CTAs). The even possible to know early so the epidemiological profile of infected individuals seeking care. It is a quantitative exploratory study that aimed to detect the prevalence of HIV in individuals attending a Monitoring and Testing Center of the city of Patos-PB. The study population consisted of all patients diagnosed with HIV in 2011 to 2014 served in the Testing Center and Monitoring, totaling 118 patients, the sample consisted of all records concerning the diagnosis of HIV, corresponding to period 2011-2014 available during the study period, representing 100% of the total proposed. The population of the study consisted of all patients diagnosed with HIV in the period 2011 to 2014 met in the Centre of testing and monitoring, who totaled 118 patients, the sample was comprised of all records regarding the diagnosis of HIV, corresponding to the period from 2011 to 2014 available during the period of the survey, representing 100 of the total proposed. The results of the study show that the prevalence of HIV/AIDS is in men, and the age group most affected is from 30 to 39 years of age and this prevalence in the municipality is still high, as was evidenced 118 reported cases. It is therefore important to continue with health education campaigns, tracking and control of HIV and awareness of users for testing and counseling after exposure to risk factors.

Keywords: HIV / AIDS. Prevalence. Epidemiology. Prevention.



Prevalência de HIV em indivíduos residentes na cidade de Patos-PB que buscam o Centro de Testagem e Acompanhamento (CTA) no período de 2011 a 2014

Páginas 176 a 187

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma doença causada por um vírus, que afeta o sistema imunológico humano. Durante a fase inicial da doença a pessoa pode apresentar sintomas semelhantes aos da gripe, mas a medida que a doença progride ela interfere no sistema imunológico intensamente, tornando a pessoa propensa a outros tipos de infecções oportunistas, e até mesmo o câncer (BRASIL, 2014).

Nos últimos anos, as mulheres têm representado uma parcela maior de casos confirmados para HIV/AIDS e grande maioria dessas contaminou-se em idade reprodutiva, dos 15 aos 24 anos, o que elevou o número de casos entre recém-nascidos via transmissão vertical. Essa pode acontecer no momento do parto, e no aleitamento materno (BRASIL, 2006).

Os primeiros registros de HIV/AIDS no Brasil ocorreram no início da década de 1980 e provocou um sentimento de medo, pânico, negação e preconceito. Depois da desmistificação da ideia que tal doença só atingiria grupos de risco, como por exemplo, os hemofílicos e os homossexuais (BRASIL, 2006).

Os jovens são considerados como vulneráveis em todas as sociedades do mundo globalizado, destacando-se em relação à AIDS. O primeiro caso de AIDS em jovens brasileiros foi notificado em 1982 (SALDANHA et al., 2005).

Indivíduos quando infectados pelo HIV são chamados de soropositivos, podendo viver anos sem desenvolver a AIDS, devido as características próprias do vírus, o que pode ser confundido com o período de janela imunológica. Para o diagnóstico fidedigno são necessários positividade em dois testes devidamente regulamentados (BRASIL, 2010).



O HIV pode ser isolado em vários tipos de amostras como: saliva, lágrima, leite materno, fluido cérebro-espinhal, urina e fluido amniótico, porém as principais vias se dão por sangue, sêmen e secreções vaginais (SALDANHA et al., 2005).

Segundo Boundy et al. (2004), alguns medicamentos são capazes de inibir a multiplicação do HIV em indivíduos soropositivos. Não eliminam o vírus, porém prolongam a vida dos pacientes infectados, melhorando a qualidade de vida.

Este trabalho objetivou investigar a prevalência de HIV no (CTA) da cidade de Patos-PB, no período compreendido de 2011 à 2014. Esses dados enriquecem o sistema de vigilância epidemiológica e possibilitam a realização de novas investigações científicas, bem como ações de assistência, prevenção e promoção da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório quantitativo de cunho documental que teve por objetivo detectar a prevalência de HIV em indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Acompanhamento da cidade de Patos-PB. A população em estudo foi constituída por todos os pacientes diagnosticados com HIV no período de 2011 à 2014 atendidos no Centro de Testagem e Acompanhamento (CTA), totalizando 118 pacientes, residentes na Cidade de Patos no Estado da Paraíba onde as amostras serão compostas por todos os prontuários referentes a diagnóstico de HIV, correspondendo ao período de 2011 a 2014 disponíveis no período da pesquisa, representando 100% do total proposto.

Como critérios de inclusão teve como pré-requisito, que os dados obtidos nos prontuários tivessem diagnóstico de HIV. Como critério de exclusão os prontuários que constavam dados de diagnóstico de outras DST's. A pesquisa teve início após assinatura do termo do responsável pela informação. Não ofereceu riscos para o pesquisado, pois a



mesma utilizou os dados através da análise e leitura dos prontuários. Os princípios éticos de sigilo, privacidade e confidencialidade foram mantidos durante todo o processo de coleta e análise dos dados.

A coleta de dados aconteceu através da revisão de dados contidos em prontuários cedidos pela Secretária de saúde, dos pacientes diagnosticados como HIV positivos. A coleta ocorreu nos meses de setembro e início de outubro no horário da manhã. O instrumento utilizado para coleta foi idealizado pela pesquisadora e continha dados sócio demográficos e dados referentes ao objeto do estudo. Após coleta os dados foram tabulados, avaliados e consolidados, seguindo resultados e discussão.

A realização deste estudo obedece a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos.

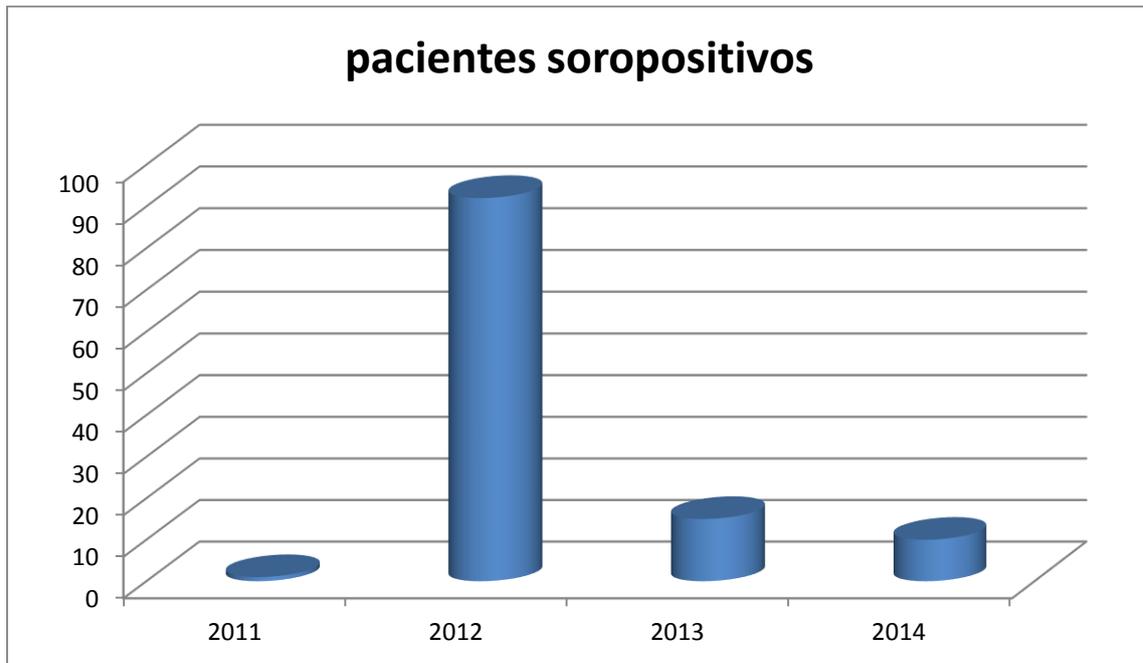
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O CTA/SAE é o serviço responsável pelo levantamento do número de soropositivos HIV como também do número de portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, além do controle da distribuição dos coquetéis fornecido gratuitamente.

Do ano de 2011 até o final do ano de 2014, período que compreende a pesquisa, o número de casos notificados no CTA/SAE da cidade de Patos - PB foi de 118 pacientes. O gráfico abaixo descreve melhor essa situação.



Figura 1: Pacientes soropositivos para HIV/AIDS, notificados nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 de acordo com os dados cedidos pelo Centro de Testagem e Aconselhamento do município de Patos – PB.



Fonte: Dados do autor (2015)

De acordo com a **figura 1**, de um total de 118 pacientes, podemos constatar que no ano de 2011 a porcentagem de pacientes no centro foi de 0,85%, já no ano de 2012 ficou em torno de 77,97%, em 2013 foi de 12,72%, e no período de 2014 temos 8,48%. Este percentual relevante pode ser atribuído a maior procura do serviço para diagnóstico e tratamento da doença, especificamente no ano de 2012, quando o nº de notificações foi maior em relação ao ano anterior e posterior.

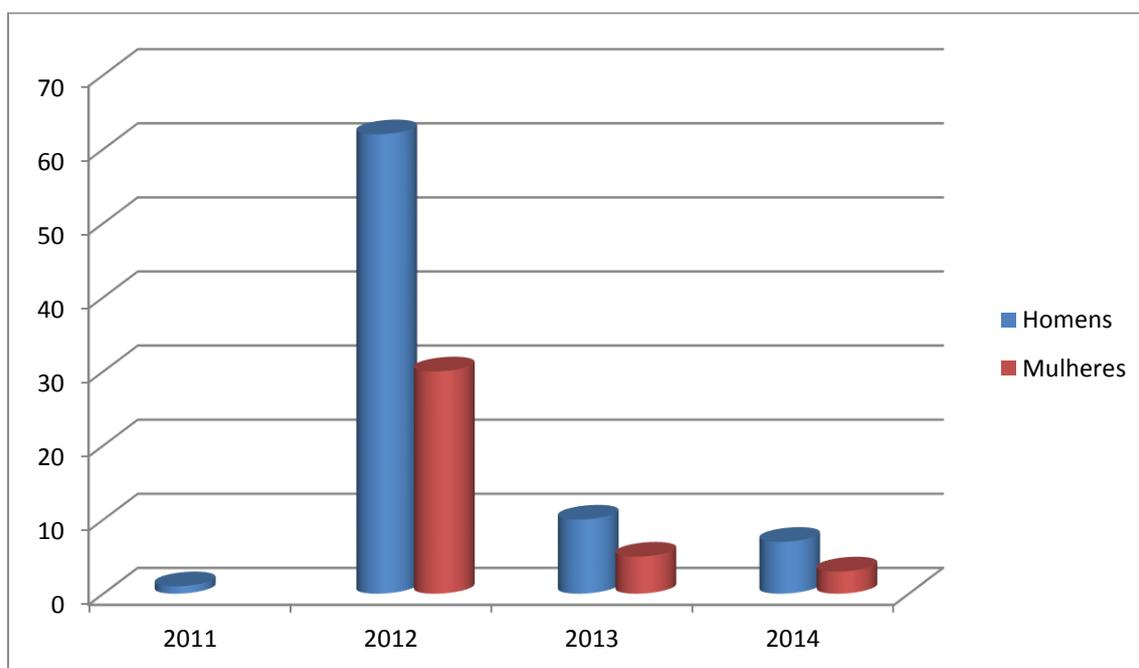
O conhecimento sobre a AIDS é um fator importante para a prevenção desta doença. A maioria dos respondentes mostrou conhecimento acerca dos principais modos de transmissão do HIV, pelas via sexual e sanguínea, embora os modos de transmissão



do HIV sejam enfatizados pelas campanhas da mídia, ainda há mais de 30% dos adolescentes escolares que apresentam desconhecimento sobre a não transmissão ao doar sangue e estar internado em um mesmo hospital que uma pessoa com AIDS (LEAL OF; RIETH, 1998).

A AIDS não tem predileção quando ao sexo, mesmo às mulheres sendo mais susceptíveis a tal infecção. O gráfico abaixo demonstra a realidade quando ao sexo na população estudada (SALDANHA et al., 2005).

Figura 2: Relação de homens e mulheres soropositivos para HIV/AIDS nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014.



Fonte: Dados do autor

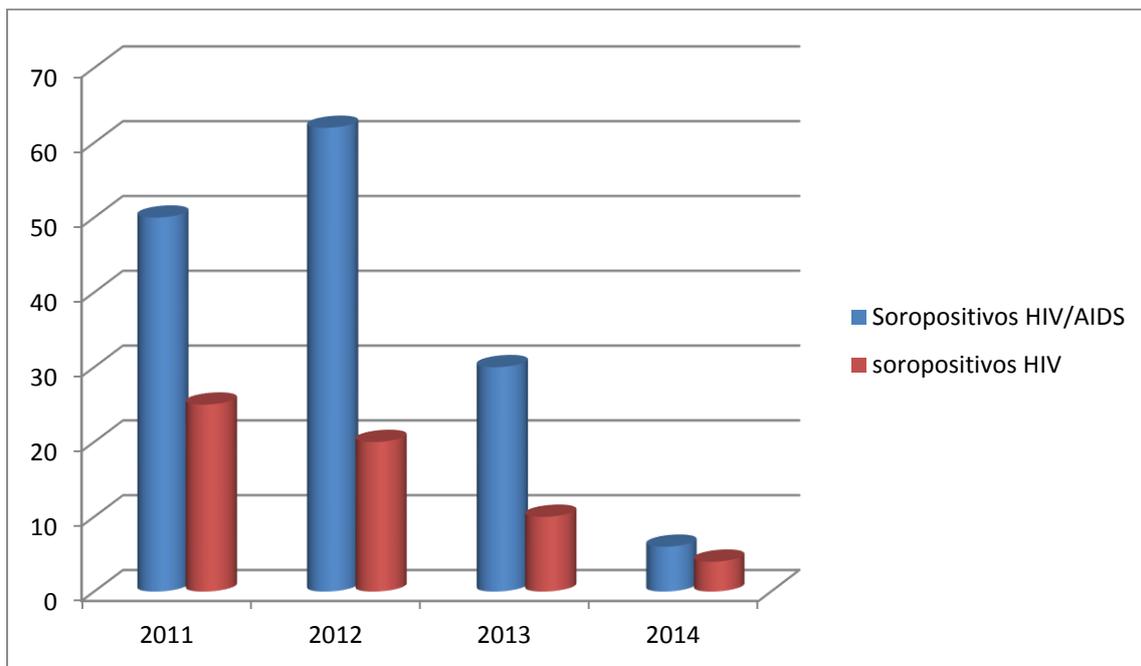


Na **figura 2**, evidencia-se a relação homem/mulher soropositivos para HIV/AIDS nos anos referentes à pesquisa. Nota-se que nos anos de 2011 a 2014 o predomínio é do sexo masculino em relação ao feminino, 55,56% e 44,44% respectivamente. Nos anos analisados a prevalência foi sempre a masculina, 71,43%, 53,57% e 55,56% referente aos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014, respectivamente. Esses dados se contrapõem àqueles obtidos por Cardoso, Malbergier e Figueiredo (2008) e Gonçalves e Picinini (2008) quando os mesmos afirmam que as mulheres correspondem a uma grande parcela dos casos confirmados de HIV/AIDS.

A AIDS atinge mais garotas jovens, cerca de 7,3 milhões vivendo com HIV do que os homens jovens, que contabilizam cerca de 4,5 milhões. Há uma maior prevalência masculina na população brasileira, cerca de 65,4%, fundamentando os dados encontrados por esta pesquisa (BRASIL, 2014).



Figura 3: Predomínio de pacientes soropositivos para HIV e Soropositivos para HIV/AIDS, nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014, que realizaram o tratamento no CTA/SAE.



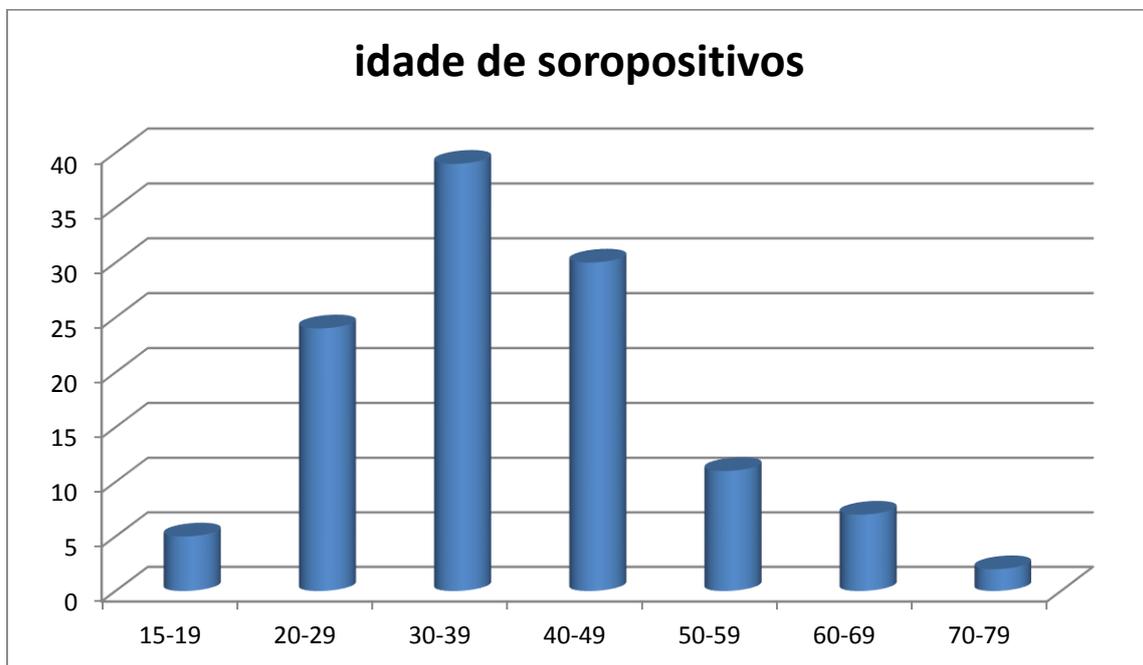
Fonte: Dados do autor

Os resultados apresentados na **figura 3** mostram que o maior predomínio foi de pacientes soropositivos para HIV e que também apresentaram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), 42,38%, 52,55%, 25,43% e 5,09%, respectivamente nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014. Do total de 118 pacientes que tiveram seus dados avaliados, 25% são soro positivo para HIV sem o desenvolvimento, até o momento da AIDS. Acredita-se que desenvolver ou não a patologia tem uma relação com a adesão a terapia farmacológica e o acompanhamento profissional criterioso, aí leva-se em consideração os hábitos alimentares e a própria resistência imunológica do paciente.



Ser HIV positivo não é a mesma coisa que ter AIDS. Muitos soropositivos vivem anos sem o desenvolvimento da Síndrome, porém eles podem transmitir a outros através de relações sexuais desprotegidas, seringas compartilhadas, durante a gravidez e amamentação (BRASIL, 2014).

Figura 4: Relação de soropositivos para HIV/AIDS, de acordo com a idade, nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014.



Fonte: Dados do autor

Na **figura 4**, os dados apresentados permitem observar que a maior prevalência da doença é naqueles indivíduos entre 30 a 39 anos de idade (30,56%) seguidos pela faixa etária de 40 a 49 anos de idade que contou com a porcentagem de 28,7%. Em estudo realizado por Gonçalves e Piccinini (2008), observou-se uma prevalência de 84,2% nos pacientes com idade acima ou igual aos 30 anos de idade, colaborando com os dados



obtidos na pesquisa. Da mesma forma que Cardoso, Malbergier e Figueiredo (2008) encontraram uma maior porcentagem na faixa etária compreendida de 30 a 39 anos de idade (44,3%).

CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos na presente pesquisa pode-se observar que houve uma maior incidência de HIV/AIDS em homens do que em mulheres, isso referendando-se a população da cidade de Patos-PB, com maior frequência entre a faixa etária de 30-39 anos de idade.

Infere-se com este resultado que a prevalência no município ainda continua alta, tente em vista que no período de 2011 a 2013 haviam sido notificados 108 casos, enquanto que no de 2014 surgiram 10 novos casos que foram notificados. Portanto importante continuar com as campanhas de Educação em saúde, rastreamento e controle dos soropositivos e sensibilização dos usuários para testagem e aconselhamento diante de ter ficado exposto aos fatores de risco. Como sugestão os CTAs, deveriam focar mais a importância da notificação compulsória pela Atenção Primária em Saúde com posterior encaminhamento para desmistificar os sub-registros e com isto diminuir a prevalência de casos no município.

Conclui-se que o desenvolvimento de campanhas e ações ativas que possam enfatizar as formas de prevenção podem representar um fator importante para minimizar a incidência de HIV/AIDS na cidade de Patos-PB.



REFERÊNCIAS

BOUNDY. Enfermagem **médico - cirúrgica**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Reichamann & Afonso Editores, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS – Ano II nº 1 – dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS – Ano III nº 1 – dezembro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de HIV/AIDS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T. F. B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/AIDS. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 35, supl 1, p. 70-75, 2008.

GONÇALVES, T. R.; PICCININI, C. A. Experiência da Maternidade no contexto do HIV/AIDS aos Três Meses de Vida do Bebê. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 24, n. 4, p. 459-470, Out-Dez 2008.

Leal OF, Rieth F. Ficar, namorar: desvendando práticas e representações adolescentes sobre sexualidade. In: Béria J, editor. Ficar, transar: a sexualidade do adolescente em tempo de Aids. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998. P. 27-36.

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



Artigo

**PREVALÊNCIA DE PARASITAS EM CRIANÇAS DE CRECHE PÚBLICA
LOCALIZADA NO MUNICÍPIO DE BREJINHO, PERNAMBUCO**

**PREVALENCE OF PARASITES IN CHILDREN OF NURSERY SCHOOL
LOCATED IN THE CITY OF BREJINHO, PERNAMBUCO**

Gabriella Priscila Cavalcante
Jheison de Souza Gonçalves
Karla Pollyana Matias Silva
José Robson Neves Cavalcanti Filho
Alanna Michely Batista de Morais

RESUMO - As parasitoses intestinais são consideradas indicadores de desenvolvimento socioeconômico e representam um grave problema de saúde pública e podemos observar que as crianças em idade escolar são as mais acometidas, por não apresentarem uma devida higienização para com os objetos e alimentos manipulados, então crianças ao frequentarem creches tornam-se mais predisponentes a contraírem contaminações por esses parasitas intestinais. Essas doenças são adquiridas por helmintos e protozoários, que causam graves problemas gastrointestinais, rendimento corporal baixo e atraso no desenvolvimento mental. Com o aumento da participação feminina no mercado de trabalho cada dia se torna mais comum crianças frequentarem creches, sendo assim o ambiente externo mais frequentado pelos mesmos. Visto isso identificamos diversos parasitas. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a prevalência de parasitoses intestinais em 61 crianças, que frequentam a creche pública do município de Brejinho, Pernambuco. Onde foi realizada uma palestra explicando a importância do presente estudo, e logo após foram coletadas amostras de fezes das crianças envolvidas na pesquisa para posterior realização da técnica de Hoffmann Pons e Janer ou Lutz para detecção de estruturas parasitárias. Onde observou-se que das 61 crianças estudadas 16 (26,23%) apresentaram presença de parasitas dos quais foram 7 (11,5%) *Endolimax nana*, 4 (6,55%) *Entamoeba coli*, 3 (4,91%) *Giardia lamblia*, 3 (4,91%) *Ascaris lumbricoides*, 1 (1,63%) *Enterobius vermiculares*, 2 (3,28%) *Iodamoeba bustchilii*, também aperfeiçoamos os conhecimentos



na técnica da sedimentação espontânea, reconhecemos características macroscópicas e microscópicas de cistos e ovos de parasitas intestinais.

Palavras-chave: Parasitoses. Crianças. Creche

ABSTRACT - The intestinal parasitosis are considered indicators of socio-economic development and represent a serious public health problem and we can observe that the school-age children are the most affected, do not have a proper hygiene to the objects and foods handled, so children to attend day care centers become more Contracting contamination by these predisposing intestinal parasites. These diseases are acquired by helminthes and protozoa that cause severe gastrointestinal problems, body low income and delay in mental development. With the increase of female participation in the labour market every day becomes more common children attending kindergartens, so the external environment more frequented by them. Seen that identify various parasites. This research aimed to evaluate the prevalence of intestinal parasitosis in 61 children, who attend daycare municipality public. Brejinho Where was held a lecture explaining the importance of this study, and soon after were collected stool samples of the children involved in the search for further realization of the technique of Hoffmann Pons and Janer or Lutz to detection of parasitic structures. Where it was observed that of the 61 children studied 16 (26,23%) showed the presence of parasites of which were 7 (11,5%) *Endolimax nana*, 4 (6,55%) *Entamoeba coli*, 3 (4,91%) *Giardia lamblia*, 3 (4,91%) *Ascaris lumbricoides*, 1 (1,63%) *Enterobius vermiculares*, 2 (3,28%) *Iodamoeba bustchilii*, also improved their knowledge on spontaneous sedimentation technique, we recognize macroscopic and microscopic features of cysts and eggs of intestinal parasites.

Keywords: Parasitosis. Children. Daycare.

INTRODUÇÃO

Parasitose intestinal em crianças na fase escolar constitui um grave problema de saúde pública, principalmente nos países subdesenvolvidos e em especial na região Nordeste, onde se apresentam extremamente disseminadas, em decorrência das más



condições de higiene e saneamento básico, associadas ao baixo nível socioeconômico (BENCKE et al., 2006).

As enteroparasitoses podem ser causadas por Helmintos e Protozoários, localizados no sistema digestivo. Segundo literatura a população infantil brasileira é acometida por um elevado índice de parasitoses intestinais (MACHADO et al., 1999; UCHÔA et al., 2001; WHO, 2002), assim sendo creches e escolas possuem grande risco de contaminação coletiva em virtude do frequente contato com ambientes externos por estas crianças, principalmente nos momentos de recreação. Esses parasitas causam doenças de difícil controle, já que estão espalhados em diversos ambientes e em todas as regiões do país. Sua transmissão é muito fácil, pois parasitas estão instalados em alimentos como frutas e legumes mal lavados, água contaminada (Muito comum em ambientes onde não existe a devida forma de saneamento.), carnes cruas, mãos sujas, objetos contaminados (chupetas, brinquedos, copos, pratos, talheres, etc.) (LUDWIG et al., 2009). Podemos observar também como fatores predisponentes: idade, estado nutricional, fatores genéticos, culturais e comportamentais. Como forma de contaminação mais comum tem a forma oral-fecal. Crianças não possuem o devido entendimento sobre a forma correta de higienização, muitas vezes eles não lavam as mãos antes de comer e depois de brincar ou mesmo usar o banheiro, assim sendo se tornam mais predisponentes a infecções.

É nessa faixa etária que as doenças mais afetam as crianças, trazendo-lhes danos secundários que podem afetar seu estado de saúde, estabelecendo uma causa importante de morbidade e mortalidade em todo o mundo (FERREIRA et al., 2006; ROSA et al., 2009). Atualmente creches tem sido uma realidade de vida para muitas dessas crianças, pois devido a correria diária dos pais elas passam parte de sua infância nesse ambiente, onde essa instituição assume a responsabilidade de estimular o seu desenvolvimento.



Porem essas crianças ficam ainda mais sujeitas a adquirirem infecções, pelo contado direto com outras pessoas e objetos. (ORO et al., 2010).

Dentre os principais protozoários e helmintos evidenciados na rotina do laboratório clínico de parasitologia podemos destacar *Entamoeba histolytica*, *E. coli*, *Endolimax nana* e *Giardia lamblia*, *A. lumbricoides*, *T. trichiuria*. Os Ancilostomídeos: *A. duodenale*, *N. americanus*. Cestodas; *H.nana*, *Taenia sp.* (NEVES,2003).

Sabendo que as enteroparasitoses atingem grande maioria da população, principalmente crianças. Com base nesta evidência o presente estudo buscou diagnosticar precocemente a identificação de parasitoses intestinais em crianças com faixa etária entre 3 e 5 anos de idade, que frequentam a creche pública da cidade de Brejinho, Pernambuco, afim de se evitar o agravamento da infecção, evitando o desencadeamento da doença. Tendo em vista a falta de monitoramento de parasitose em crianças da cidade de Brejinho o desenvolvimento desta pesquisa pode vir a ser um incentivo para a continuação desse monitoramento ao decorrer dos anos traçando um gráfico dos índices epidemiológicos das parasitoses encontradas.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo experimental e investigativa a fim de se analisar a Prevalência de parasitas em criança de creche pública, localizada no município de Brejinho, Pernambuco.

O município de Brejinho localiza-se na macrorregião do sertão pernambucano e na microrregião do pajeú, na região nordeste, sua população é de 7.464 habitantes, com uma área territorial de 84,8 km², a 362 km da capital, Recife.



A população foi formada pelas crianças da creche pública da cidade de Brejinho no estado de Pernambuco e a amostragem foi constituída pelas primeiras 90 crianças voluntárias com faixa etária de 2 a 6 anos de idade, cujo os pais aceitaram que seus filhos fizessem parte da pesquisa, assinando o TCLE, considerando tal amostragem equivalente a 100% do total proposto.

Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário como pré-requisito, ser de ambos os sexos, faixa etária 2 a 6 anos de idade, e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Como critério de exclusão teremos crianças com mais de 6 anos de idade e que não forem alunos da creche na qual será realizada a pesquisa ou que estejam fazendo uso de medicações antiparasitárias.

O presente estudo não proporcionou qualquer risco a não ser um leve constrangimento em relação à coleta, pois apenas foi realizado um exame de fezes, porém este constrangimento foi minimizado uma vez que as amostras foram recepcionadas por profissionais éticos e treinados. Entretanto trouxe grande benefício para a população, pois com os resultados foi possível descartar ou observar parasitas intestinais, evitando assim um possível agravo no estado de saúde das crianças envolvidas nessa pesquisa.

A coleta de dados deu-se com a aplicação de questionários com os habitantes da cidade de Brejinho, sendo esses questionários aplicados junto aos pais ou responsáveis das crianças da creche pública da referida cidade. O questionário constava de 15 perguntas.

Os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o software Microsoft Excel.

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades



Integradas de Patos. Após a concessão de sua aprovação, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram ao TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 61 amostras fecais analisadas, das crianças que frequentam a creche pública do município de Brejinho, Pernambuco, 16 (26,22%) positivaram para ovos e/ ou cistos de parasitas. A baixa frequência de parasitas encontrados neste estudo originou-se pelo fato de boa parte das residências possuírem saneamento básico e a creche em questão também possui uma elevada estrutura para o não acometimento por tais parasitoses.

Os resultados obtidos neste estudo se aproximou aos de Reuter et al (2015) Frequência de parasitoses intestinais: Um estudo com crianças de uma creche de Santa Cruz do Sul – RS, onde a positividade foi de 32,3%, de um total de 52 crianças que participaram da pesquisa.

Com relação às verminoses encontradas nas crianças que frequentam a creche na qual foi realizada a pesquisa, foi possível observar que elas estavam infectadas pelos seguintes parasitas: (11,50%) *Endolimax nana*, o qual foi mais prevalente, seguido por (6,55%) *Entamoeba coli*, (4,91%) *Giardia lamblia*, (4,91%) *Ascaris lumbricoides*, (1,63%) e *Enterobius vermiculares* (Tabela 1).

Mesmo que as parasitoses não representem risco súbito de morte na infância, a sua relação com a diarreia e a desnutrição pode colocar em risco a sobrevivência e o adequado desenvolvimento físico e mental das crianças (FONSECA et al., 2010).



Um estudo realizado por Fernandes; Barbosa (2011) em uma creche no município de Dores do Indaiá em Minas Gerais em um período de dois meses pôde-se observar que nas amostras fecais analisadas evidenciou-se a frequência dos seguintes parasitas: *E. histolytica*, *Giardia lamblia* e *Ascaris lumbricoide*.

Tabela 1: Parasitas encontrados na pesquisa.

Espécies de Parasitas	Número de crianças parasitadas	%
<i>Endolimax nana</i>	7	11,50%
<i>Entamoeba coli</i>	4	6,55%
<i>Giardia lamblia</i>	3	4,91%
<i>Ascaris lumbricoides</i>	3	4,91%
<i>Enterobius vermiculares</i>	1	1,63%
<i>Iodamoeba bustchilii</i>	2	3,28%

Após o preenchimento dos questionários respondidos pelos responsáveis pelas crianças, foi possível observar que 41 (67,21%) afirmaram que não realizam o exame parasitológico com frequência em seu filho. Porém, apenas 29 (47,54%) informaram que a criança já foi acometida por algum tipo de infecção parasitária.

Um fator de suma importância nessa pesquisa foi que apenas 9 (14,75%) das residências dos alunos não possui saneamento básico. E 37 (60,65%) dos pais consideram que a creche é um ambiente livre de infecções por parasitas. Um fato que despertou a atenção foi que 36 (59,01%) dos pais tem conhecimento, mesmo que pouco, com relação ao risco causado pelas infecções parasitárias (Tabela 2).



Tabela 2: Questionamento, (Perguntas de interesse para o estudo).

QUESTIONAMENTOS	SIM %	NÃO %
Realiza com frequência o exame parasitológico em seu filho?	67,21%	32,78%
Seu filho já foi acometido por algum tipo de infecção parasitária?	47,54%	52,45%
Após a entrada do seu filho na creche você já fez um exame parasitológico?	49,18%	50,81%
Sua residência possui saneamento?	85,24%	14,75%
Considera a creche um ambiente sem riscos de contaminações parasitaria?	60,65%	39,34%
Você tem conhecimento da gravidade de infecções parasitarias?	59,01%	40,98%



CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos nessa pesquisa foi possível comprovar que não existe uma alta frequência de crianças infectadas por parasitas na creche pública do município de Brejinho, Pernambuco. Entretanto observou-se também que para as amostras que foram positivas houve uma prevalência dos seguintes parasitas *Endolimax nana* e *Entamoeba coli*. Este fato demonstra a necessidade de se ter uma maior divulgação sobre as formas de contaminação e profilaxia das enteroparasitoses.

REFERÊNCIAS

- BENCKE, A, ARTUSO, G.L, REIS, R.S, BARBIER, I. N.L, ROTT, M.B. Enteroparasitoses em escolares residentes da periferia de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista de Patologia Tropical** v. 6, p.35:31, 2006.
- FERREIRA, H, LALA, E.R.P, MONTEIRO, M.C, RAIMONDO, M.L. Estudo epidemiológico localizado da frequência e fatores de risco para enteroparasitoses e sua correlação com o estado nutricional de crianças em idade pré-escolar. **UEPG Ciências Biológicas** v. 12, n.4, p. 33-40 2006.
- FONSECA, E.O.L.; TEIXEIRA, M.G.; BARRETO, M.L.; CARMO, E.H.; COSTA, M.C.N. Prevalência e fatores associados às geo-helminthiases em crianças residentes em municípios com baixo IDH no Norte e Nordeste brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 143-52, 2010.
- LUDWIG, K. M.; FREI, F.; FILHO, A.F & RIBEIRO; PAES, J. T. Correlação entre condições de saneamento básico e parasitos intestinais na população de Assis, estado de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** v. 32 n.5, p. 547-555, 1999.
- 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). **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 32, p. 697-704, 1999;

NEVES, D. P.; **Parasitologia humana**. 9. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.

ORO, D, KOPROSKI, G.K, ORO, N.A, SBARDELOTTO, C, SEGER, J. Prevalência de parasitas intestinais em crianças de Descanso. **Unoesc Ciênc – ACBS** v. 2 p. 151-6, 2010.

REUTER C. P.; FURTADO L. B. F. D. S.; PASA R. D. S.L; KLINGER E. I.; SANTOS C. E.; RENNER J. D. P.; Frequência de parasitoses intestinais: um estudo com crianças de uma creche de Santa Cruz do Sul – RS. **Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc Ano 16, Vol. 16, Nº 2, Abr/Jun, 2015.**

ROSA, A.P.P, SILVA, F.C.A, FERNANDES, M.S.P, CUGLIANNA, A.M . Prevalência de enteroparasitas em crianças de uma comunidade carente do município de Guaratinguetá/SP. Anais do 13º Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e 9º Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – **Universidade do Vale do Paraíba**; 2009.

UCHÔA, C. M. A; LOBO, A. G. B.; BASTOS, O. M. P.; MATOS, A. D. Parasitoses intestinais: prevalência em creches comunitárias da cidade de Niterói, Rio de Janeiro – Brasil. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 97-101, 2001.

WHO Expert Committee. Prevention and control of schistosomiasis and soil transmitted helminthiasis. **World Health Organ Tech Rep Ser** . v. 912, n. 6, p. 1-57, 2002.



Artigo

**ATRIBUIÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DO TRABALHO NA
ORIENTAÇÃO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO E
DOENÇAS OCUPACIONAIS**

**ATRIBUTIONS AND CONTRIBUTIONS OF THE NURSE OF WORK ON
ORIENTATION AND PREVENTION OF WORK ACCIDENTS AND
OCCUPATIONAL DISEASES**

Andreza Larissa Oliveira de Medeiros¹
Carlos Bezerra de Lima²

RESUMO - A enfermagem do trabalho é uma das modalidades da área da saúde que tem mais crescido em importância. O enfermeiro atua dentro das organizações, prestando cuidados e contribuindo na prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais com papel indispensável, uma vez que sua atuação abrange desde a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Em vista disso, apresenta-se aqui este artigo que tem por finalidade discorrer, a partir de uma pesquisa bibliográfica sobre as atribuições e contribuições do enfermeiro do trabalho na orientação e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. Para a coleta de dados e informações foram pesquisados 12 artigos, dos quais, foram utilizados 05 artigos que melhor discutem sobre o tema abordado. Acredita-se que a função do enfermeiro do trabalho seja hoje vital para o crescimento e fortalecimento das organizações, uma vez que está intimamente ligado à qualidade de vida do trabalhador.

Palavras-chave: Acidentes de trabalho. Atribuições do enfermeiro. Prevenção de acidentes de trabalho. Prevenção de doenças ocupacionais.

¹ Enfermeira. Concluinte do curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem.



ABSTRACT - The nursing work is one of the modalities of health the fastest growing in importance. The nurse acts within organizations, providing care and contributing to the prevention of occupational accidents and occupational diseases with indispensable role, since he has worked in since the prevention of occupational diseases and industrial accidents. In view of this, we present here this article aims to discuss, from a bibliographic research on the roles and contributions of the occupational health nurse in the orientation and prevention of accidents and occupational diseases. To collect data and information have been researched 12 items, of which 05 articles were used to better discuss the topic discussed. It is believed that the work of the nurse's role is today vital to the growth and strengthening of organizations, since it is closely linked to the worker's quality of life.

Keywords: Nursing. Work. Accidents. Diseases.

INTRODUÇÃO

A enfermagem está consolidada enquanto ciência e profissão no atual contexto social brasileiro e de todas as nações do mundo, com objeto bem delimitado, corpo de conhecimento científico consistente, com funções de pesquisa, ensino e assistência e reconhecimento como um bem social. A enfermagem do trabalho caracteriza-se como uma especialidade da enfermagem que vem se consolidando, sobretudo ao longo do último século, como uma das principais profissões existentes não somente em âmbito da área de saúde, mas de forma geral no contexto da sociedade hodierna.

O mundo globalizado investe pesadamente no avanço e crescimento das organizações, compreendendo que estas são fundamentais para o desenvolvimento da economia. Esse desenvolvimento depende e muito da mão-de-obra, do empenho de trabalhadores. Aos poucos então a sociedade vem compreendendo que o cuidado com o trabalhador hoje é uma necessidade, uma vez que é por meio de sua ação direta que se dá o crescimento e fortalecimento das organizações que se utilizem de sua mão de obra.



Em vista disso, o enfermeiro do trabalho anda ganhando cada vez mais espaço nas organizações, passando a fazer parte direta de seu corpo de trabalho, atuando diretamente de forma a contribuir não apenas para a qualidade de vida do trabalhador, mas principalmente atuando na orientação e prevenção de riscos ocupacionais. O mesmo presta assistência de enfermagem aos trabalhadores promove e zela pela saúde, contra os riscos ocupacionais, atendendo os doentes e acidentados, visando seu bem-estar físico e mental, como também gerenciando a assistência, sendo o responsável técnico pelas ações e pela equipe de enfermagem.

Acredita-se que o trabalhador satisfeito e saudável contribui muito mais para a organização. Assim, partindo dessa perspectiva, a enfermagem do trabalho poderia ser vista até mesmo como um investimento das organizações, se não fosse reconhecida por meio de Normas Regulamentares e organizações de saúde. E acredita-se que nem pode ser vista como um investimento, uma vez que se defende que as organizações hoje de fato preocupem-se e justamente por isso zelem pela saúde de seus funcionários.

Sob essa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo descrever as atribuições e contribuições do enfermeiro do trabalho na promoção de saúde, prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, “desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2008). Foi desenvolvida mediante uma abordagem qualitativa, a partir de diversos artigos que, após análise, apresentam-se embasando a reflexão realizada em artigos que melhor se encaixaram no assunto. Teve como fonte de pesquisa publicações através da SCIELO,



MEDLINE; BIREME. Foram utilizadas para a busca no SCIELO as palavras-chaves: enfermagem do trabalho; acidentes de trabalho; doenças ocupacionais. Para os demais sites, foram utilizados os descritores: doença ocupacional; enfermagem do trabalho. Além de pesquisa em livros que falam sobre o assunto pesquisado neste estudo. Os achados foram discutidos em articulação com autores revisados neste estudo.

ENFERMAGEM DO TRABALHO

Para melhor se abordar aqui a atuação do enfermeiro do trabalho nas organizações, acredita-se ser de fundamental importância apresentar de forma mais conceitual essa profissão. Nesse sentido recorreu-se a Bulhões (1986, p. 243) que apresenta a enfermagem do trabalho em sua área de atuação nos seguintes termos:

A enfermagem do trabalho é uma especialidade destinada ao cuidado daquele que trabalha, portanto, preocupa-se com trabalhadores. Sua atenção volta-se para os trabalhadores de todas as categorias e de todos os setores de ocupação, onde quer que se encontrem.

Sob a perspectiva da prática profissional “o maior empreendimento do enfermeiro do trabalho está em contribuir para evitar os acidentes e doenças, pela identificação e eliminação dos riscos existentes no ambiente de trabalho” (SILVA, 2005 p. 33). Nesse sentido, pode-se afirmar que o profissional da enfermagem do trabalho desenvolve as suas atividades não somente acompanhando a saúde do trabalhador, mas atento ao cuidado e prevenção de doenças e acidentes no próprio ambiente de trabalho.

Atento a esse ambiente de trabalho e aos sujeitos que estão sob a sua responsabilidade, o enfermeiro do trabalho é aquele profissional que procura levar



informação, atenção e cuidados a todos, de maneira clara e objetiva. Para tanto, pode utilizar-se de recursos variados e inclusive requerer da empresa recursos humanos e financeiros para o desenvolvimento das atividades que julgar como necessárias. Ressalte-se que a enfermagem do trabalho é:

[...] um ramo da enfermagem de saúde pública e, como tal, utiliza os mesmos métodos e técnicas empregados na saúde pública visando a promoção da saúde do trabalhador; proteção contra os riscos decorrentes de suas atividades laborais; proteção contra agentes químicos, físicos, biológicos e psicossociais; manutenção de sua saúde no mais alto grau de bem-estar físico e mental e recuperação de lesões, doenças ocupacionais ou não ocupacionais e sua reabilitação para o trabalho (Carvalho, 2001, apud Silva, 2005, p. 34).

A partir das considerações acima é possível ainda afirmar que a enfermagem do trabalho está diretamente ligada à coletividade, embora não deixe de dar a atenção individual que cada um merece. O que se deve frisar é que as medidas tomadas são extensíveis a todos, de forma que ninguém que faça parte da organização fique de fora de seu trabalho.

O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DO TRABALHO E SUAS PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES

O papel do enfermeiro do trabalho foi sofrendo muitas evoluções sendo que hoje esse profissional atua diretamente nas organizações, visando não somente a prevenção de acidentes e doenças laborais, mas também a promoção da saúde do trabalhador. Consiste,



Atribuições e contribuições do enfermeiro do trabalho na orientação e prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais

Páginas 198 a 212

portanto, numa especialização do profissional de enfermagem que o torna habilitado a atuar diretamente nas organizações desenvolvendo sua prática junto aos trabalhadores. Prática essa que se desenvolve mediante um processo. Especificamente no âmbito da saúde do trabalhador, o processo de enfermagem consiste “em promoção de cuidados e proteção aos trabalhadores, torná-los conscientes dos riscos a que estão expostos e fazer com que participem do seu autocuidado. Com isso pretende-se minimizar os riscos ocupacionais” (BULHÔES, 1986 p. 204).

Dessa maneira compreende-se o papel da enfermagem do trabalho como um papel mais do que essencial na busca da qualidade de vida e da própria saúde do trabalhador. Nesse sentido, o enfermeiro do trabalho tem ganhado, no contexto das organizações, um papel cada vez mais importante, que merece destaque a atenção. Uma vez que contribuindo para a saúde do trabalhador, inclusive na orientação e prevenção de acidentes e doenças laborais, contribui para o bem-estar do funcionário e, conseqüentemente, para o bem-estar da própria empresa. Essa postura é criticada por alguns autores considerando que o enfermeiro do trabalho

age como gerente do serviço de saúde porque desenvolve uma prática autônoma, auto motivada e autodirigida, e compete-lhe fazer levantamento das necessidades de saúde da companhia e dos trabalhadores, desenvolvendo e implementando um programa de saúde que forneça "cuidados médicos eficientes e baratos (SILVA, 2005 p. 25).

Analisando o aspecto descrito por esse escritor, observa-se que o papel atribuído ao enfermeiro do trabalho encontra-se de certa forma reduzido, limitado ao cuidado e assistência ao trabalhador, no sentido de desenvolver apenas um programa de saúde, de maneira a contribuir para que a empresa tenha em seu quadro, funcionários saudáveis, a custo reduzido, aptos a estarem sempre contribuindo com a mesma. Contudo, encontram-se enfoques diferenciados a esse respeito afirmando ser o enfermeiro contratado por uma empresa, indústria ou organização “com o objetivo de promover, conservar e recuperar a



saúde dos trabalhadores. Cabe a ele desenvolver programas de prevenção das doenças ocupacionais e dos acidentes do trabalho”. (BULHÕES, 1986, p. 103).

De acordo com a Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho ANENT, organização que a mais de vinte anos busca contribuir para a formação dos enfermeiros do trabalho, oferecendo capacitações, troca de experiências, desenvolvendo estudos diversos sempre objetivando a promoção do profissional, são inúmeras as atribuições do enfermeiro do trabalho na atualidade no contexto das organizações. Atribuições que vão desde o estudo inicial das condições de trabalho, identificando possíveis riscos, até o desenvolvimento de ações que visem à promoção da saúde do trabalhador, o que envolve cuidados de segurança e higiene, melhorias do próprio trabalho. (ANENT, 2015)

Nota-se aí que o papel do enfermeiro do trabalho está se ampliando cada vez mais. Ele deve ser um profissional centrado e atento ao cotidiano da empresa, a sua rotina, suas práticas e às condições de trabalho às quais os funcionários estão diariamente expostos. Nesse sentido, espera-se do profissional de enfermagem uma atenção dedicada à um acompanhamento quase que constante, de maneira a permitir-lhe reconhecer os possíveis riscos de acidentes ou de agentes causadores de doenças e a partir disso, desenvolver formas que ajudem a minimizar os riscos aos quais os trabalhadores poderão estar expostos.

Em vista disso, cabe ao enfermeiro do trabalho levantamento de dados estatísticos diversos relacionando-os com as atividades funcionais, a execução e avaliação de programas de prevenção de acidente, de doenças profissionais e não profissionais, prestação dos primeiros socorros no ambiente de trabalho proporcionando ainda o atendimento ambulatorial como aplicação de medicamentos, aferição de pressão arterial, realização de curativos, vacinações, inalações e testes e coleta de amostras para exames (ANENT, 2015). Em outros termos, compete ao enfermeiro realizar consulta de enfermagem com auxílio do processo de enfermagem para com os trabalhadores,



atentando na anamnese, minimizando o absenteísmo; diagnosticar as necessidades de enfermagem do trabalho com auxílio de um plano estratégico de assistência a ser prestada pela equipe de enfermagem do trabalho para a proteção, recuperação, preservação e reabilitação da saúde do trabalhador (exemplo: fazer levantamento de doenças ocupacionais, buscando a diminuição das mesmas).

Compete também ao enfermeiro realizar testes de acuidade visual; Realizar curativos e medicações de acordo prescrição médica; Implantar a sistematização da assistência de enfermagem, em prol de defesa do profissional, trabalhador e responsáveis pela instituição (pública ou privada); promover campanhas de promoção a saúde: hipertensão, diabete, vacinação, tabagismo, alcoolismo, primeiros socorros, obesidade; fazer a desinfecção e esterilização de materiais, através das medidas de biossegurança; implantar e avaliar os projetos realizados com equipe multidisciplinar (PPRA, PGRSSS,PCMSO); visitar os locais de trabalho participando da identificação das necessidades no campo de segurança, higiene e melhoria do trabalho de acordo o setor; supervisionar e avaliar as atividades de assistência de enfermagem aos funcionários.

Compete ainda executar tratamento e descarte de resíduos de materiais de acordo normas ANVISA; zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços; avaliar insumos e medicamentos quando solicitados e recebidos (LORO, 2003 apud Silva e Lucas, 2011).

ACIDENTES DE TRABALHO

Os acidentes de trabalho são preocupações constantes no universo das empresas. A quantidade de empregados que atuam nas organizações demonstra que os volumes de atividades realizadas são considerados elevados, devido à necessidade de atendimento de



sua demanda (GRAVENA, 2002). Além disso, os cuidados relacionados à proteção contra acidentes não se restringem apenas à manutenção dos equipamentos e maquinários, mas também a proteção dos empregados em seus postos de trabalho (DEMORI, 2008). Ressalte-se que a segurança no trabalho é garantida através de medidas de prevenção de acidentes no trabalho, decorrentes de fatores de riscos operacionais. Sob os aspectos legal e preventivista:

Acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade do trabalho.

Sob o ponto de vista preventivista, o acidente de trabalho é o mais abrangente, englobando também os quase acidentes e os acidentes que não provocam lesões, mas perda de tempo ou danos materiais (SALIBA, 2004, p. 19).

A segurança do trabalho abrange diferentes fatores que são considerados como essenciais para que se possam verificar as condições propícias para o desenvolvimento das atividades realizadas pelos empregados em suas funções. Sendo assim, ressalta-se que, os fatores de risco que se apresentam frente a possibilidade de acidente no ambiente laboral se destacam em relação a eletricidade, a utilização das máquinas e equipamentos, incêndios, armazenamento, transportes de materiais de diferentes tipos, manuseio de produtos químicos e inflamáveis, ferramentas manuais, dentre outros (MELO JÚNIOR; LÓPEZVALCARCEL; DIAS, 2005).

Assim, muitas vezes os acidentes de trabalho são originados pelos atos e condições inseguras provenientes das atividades laborais. Desta maneira as principais causas de acidentes de trabalho podem ser: Objetivas e Subjetivas. Causas objetivas são aquelas relacionadas aos métodos de manuseio e técnicas de utilizado dos equipamentos das empresas, as quais são verificadas como sendo de fácil ocorrência caso não haja o devido cuidado por parte dos trabalhadores. São as condições inseguras de trabalho que colocam em risco as máquinas, os equipamentos e a integridade física e mental do



trabalhador. Causas subjetivas são aquelas que dependem do trabalhador. São os atos inseguros que podem provocar danos a ele ou as máquinas, materiais e equipamentos. (FUNDACENTRO, 1980).

De acordo com Lasmar e Mejia (2012, p. 04) “por ato inseguro entende-se como a forma pela qual as pessoas estão expostas de forma consciente ou inconsciente aos riscos de acidentes”. De acordo com esses autores, por condição insegura configura-se as condições de um local onde são desenvolvidas as atividades laborais, colocando em risco a integridade física e a saúde dos colaboradores e a integridade das instalações e equipamentos.

As condições inseguras referem-se principalmente as falhas que podem surgir durante a atividade realizada, necessitando de treinamento e fiscalização das ações executadas, principalmente em relação a atenção sobre a utilização dos equipamentos de segurança e o manuseio correto dos equipamentos e máquinas necessários.

DOENÇAS OCUPACIONAIS

Doenças ocupacionais são aquelas adquiridas ou desencadeadas em função das condições especiais em que o trabalho é desempenhado pelo profissional. O aumento de casos das doenças ocupacionais ocorreu após o surgimento do capitalismo, onde os trabalhadores passaram a ser consumidos pelo trabalho, sobrecarregados por inúmeras atividades ocasionando com isso um sofrimento físico e mental. Subdividem-se em:

Doenças Profissionais ou tecnopatias: o próprio trabalho é o causador da doença;

Doenças do Trabalho ou mesopatias: o trabalho não é a causa específica da doença, mas atua, em muitos casos, agravando-a.



A ENFERMAGEM DO TRABALHO E A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde do trabalhador começou a ser alvo de preocupações já na antiguidade vindo a se intensificar com o advento da industrialização, motivada pelo interesse no crescente aumento da produtividade. Particularmente no Brasil, essa preocupação mais eminente surgiu apenas em fins do século XIX. Contudo, a enfermagem do trabalho só teve sua importância reconhecida junto às empresas na década de 1970, tendo em vista os elevados números de acidentes de trabalho que ocorriam (AZEVEDO, 2010).

A legislação trabalhista traz consigo uma série de normas e recomendações que devem primeiramente ser conhecidas pelo profissional que trabalha na área da medicina/enfermagem do trabalho, uma vez que se acredita que são fundamentais para a compreensão de certas condições e relações de saúde-doença nos ambientes de trabalho. Dentre essas normas a NR7, diz respeito ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) que estabelece “[...] a obrigatoriedade da elaboração e implementação de programa para a promoção e preservação da saúde dos trabalhadores”. (AZEVEDO, 2010, p. 2).

Acredita-se ser esse programa uma das principais áreas de atuações do enfermeiro do trabalho, uma vez que o mesmo deverá ser planejado e implementado com base nos riscos levantados, deve levar em consideração as questões que incidem diretamente sobre o indivíduo e sobre a coletividade, tendo um caráter de prevenção, promoção da saúde e de diagnóstico precoce de doenças ocupacionais. (AZEVEDO, 2010). Além disso, espera-se ainda das organizações, por meio da atuação da enfermagem do trabalho, ações relacionadas à promoção da saúde do trabalhador. Como já foi dito essas ações devem fazer parte do PCMSO, pautadas em estudos detalhados sobre a realidade dos



trabalhadores e suas condições de trabalho, traçando indicadores e as metas a serem alcançadas num determinado período. (AZEVEDO, 2010).

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DO ENFERMEIRO DO TRABALHO NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DOENÇAS OCUPACIONAIS

O profissional da enfermagem do trabalho tem um papel bastante amplo dentro das organizações. Entre suas funções primordiais estão a orientação e prevenção de acidentes e de doenças laborais. Em termos mais precisos “O enfermeiro do trabalho assiste ao trabalhador de maneira integral. Ele deve considerar o cenário em que a empresa se localiza, seu ambiente interno, verificando questões como: ruído, processo de trabalho, matérias primas utilizadas na produção e seus riscos para a saúde do trabalhador” (MAURO, 1998, p.32 – 34). Além disso, cabe ao enfermeiro, de início, junto ao profissional da segurança do trabalho que identifica e mapeia as potenciais áreas de risco, levantar quais os possíveis acidentes que ali podem ocorrer. Feito isso, está pronto para elaborar um plano de trabalho que vise à prevenção de acidentes desse tipo e mais: que permita ensinar também aos funcionários os procedimentos imediatos de primeiros socorros caso esses acidentes ocorram.

Ainda com relação à prevenção de acidentes de trabalho, espera-se que o enfermeiro do trabalho também desenvolva ações diferenciadas capazes de contribuir para a conscientização dos trabalhadores quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual, bem como a orientação com relação ao uso de determinados medicamentos e a importância da boa saúde e da atenção constante de todos aqueles que operam algum equipamento, onde possa ocorrer algum acidente.



As doenças laborais ou ocupacionais são aquelas que o indivíduo adquire em função de sua exposição a agentes ou condições que possam desencadeá-la. Em virtude disso existem hoje padrões mínimos para que determinadas funções sejam desempenhadas de maneira a oferecer o menor risco possível à saúde do trabalhador. Para que essas doenças possam ser evitadas existe a necessidade de se compreender o contexto em que elas se desenvolvem e os fatores que as desencadeiam.

Assim, dentre os fatores relacionados às doenças ocupacionais pode-se citar o próprio ambiente, em suas características físicas e psicológicas, os instrumentos de trabalho, o espaço em si e a sua própria organização. Isso sem se mencionar os diversos fatores de risco (físicos, químicos, ergonômicos, mecânicos, biológicos e psicossociais) com os quais o trabalhador se depara em seu cotidiano.

Todas estas questões, aliadas à problemas como a falta de treinamento e de sinalização adequada, falta de equipamento e o desrespeito e até mesmo o não conhecimento das normas de segurança são fatores contribuintes diretos para as doenças ocupacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização desta pesquisa, fica clara a importância do profissional da enfermagem do trabalho atuando diretamente nas organizações, no intuito não somente de prevenir doenças e acidentes de trabalho, mas desenvolvendo um papel constante de promoção da saúde do trabalhador, representando assim, um enorme benefício para toda a coletividade da organização.

Torna-se importante ainda dizer que, além de contribuir para a saúde do trabalhador as orientações dadas pelo enfermeiro do trabalho não se limitam ao espaço



físico da organização onde trabalha. Uma vez orientados e preparados, os trabalhadores tornam-se multiplicadores e levam todas as informações aprendidas para suas famílias e grupos de convivência.

REFERÊNCIAS

ANENT – Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho. (2015). Disponível em: www.anent.org.br . Acesso em 06/10/15;

AZEVEDO, Márcia Valéria. **Atenção à saúde do trabalhador**. FACINTER. Curitiba. 2010

BULHÕES, Ivone. **Enfermagem do trabalho**. Rio de Janeiro: Ideas, 1986.

DEMORI, L.J. **Verificação de Aplicação da NR 18: Estudo de Caso**. Monografia da Faculdade de Engenharia. Curso de Engenharia Civil Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

FUNDACENTRO – **Manual de Prevenção de Acidentes para Agentes de Mestria**. São Paulo: Fundacentro, 1981.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRAVENA, A. **Curso de formação de operadores de refinaria: segurança industrial**. Curitiba: PETROBRAS: UnicenP, 2002. Disponível em: <http://www.tecnicodepetroleo.ufpr.br/apostilas/saude/segurancaindustrial.pdf> Acesso em 03 de outubro de 2015.

LASMAR, S.M.K. MEJIA, D.P.M. **A importância da ergonomia nas perícias médicas**. Artigo, 2012. Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br/artigos/ergonomia/12.pdf> Acesso em 10 de outubro de 2015.



MAURO, Maria Yvone Chaves et. al. **Uma relação delicada - enfermagem do trabalho. A rotina da profissão.** Revista Proteção, RS. MPFP Publicações, ano XI, p. 32-34, abr. 1998.

MELO JÚNIOR, A.S.; RODRIGUES, C.L.P. **O risco de acidente de trabalho na indústria de panificação: o caso das máquinas de cilindro de massa.** XXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção - Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/ind-panificacao.pdf>> Acesso em 5 de outubro de 2015.

SILVA, Sergio Lima da. **As interações do enfermeiro do trabalho com a saúde do trabalhador em âmbito de prática e assistência de enfermagem.** (2005) Tese de Doutorado. UFRJ: Rio de Janeiro. Disponível em: http://teses.ufrj.br/EEAN_d/SergioLimaDaSilva.pdf. Acesso em 9 de outubro de 2015.

SILVA, Daiane Miranda da; LUCAS, Alexandre Juan. **Enfermeiro do trabalho: estudo de sua origem e atuação na saúde do trabalhador.** 2011. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/54014764/Artigo-Enfermagem-Do-Trabalho>. Acesso em 08 de outubro de 2015.



Artigo

PRINCIPAIS NÃO CONFORMIDADES NAS COZINHAS HOSPITALARES

NON-CONFORMITIES FOUND IN HOSPITAL KITCHENS

Rosanny Maria Moura Lima¹

Carlos Bezerra de Lima²

RESUMO - O presente trabalho foi uma pesquisa descritiva quantitativa com o objetivo de conhecer as não conformidades encontradas em cozinhas hospitalares. A Resolução de Diretoria Colegiada número 216/04 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi tomada como referência, sendo selecionados três pontos principais: estrutura física, manipuladores de alimentos e documentação necessária, ao final do estudo pode-se concluir que os hospitais estudados não atendem as recomendações Agência Nacional de Vigilância Sanitária para os pontos estudados, sendo necessário que se adéquem a legislação vigente, diminuindo assim os riscos sanitários.

Palavras-chave: cozinhas hospitalares. Não conformidades. Legislação específica.

ABSTRACT - This study was a quantitative descriptive research aiming to meet the non-conformities found in hospital. The Collegiate Board Resolution number 216/04 of the National Health Surveillance Agency was taken as reference key selected on three points: physical structure, food handlers and necessary documentation at the end of the study it can be concluded that the hospitals do not meet the recommendations National Health Surveillance Agency for the studied points, requiring that suit the current legislation, thereby lowering health risks.

Keywords: hospital kitchens. Unconformities. Specific legislation.

¹ Nutricionista. Concluinte do curso de Especialização em Auditoria de Serviços de Saúde

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem.



INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde hospital é parte integrante de uma organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência médico - sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar; o hospital é também um centro de formação de pessoal da saúde e de investigação biológica e psicossocial.

Serviço de alimentação é o estabelecimento onde o alimento é manipulado, preparado, armazenado e ou exposto à venda, podendo ou não ser consumido no local.

As cozinhas hospitalares são ambientes onde se manipulam alimentos, por tratar-se de uma clientela de pessoas doentes deve se ter toda atenção e cuidado no preparo e distribuição destas refeições, evitando assim uma contaminação por alimentos e buscando trazer com a comida um auxílio no tratamento destes pacientes.

. A Resolução de Diretoria Colegiada número 216/04 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC) é uma resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA que dispõe sobre as boas práticas para serviços de alimentação, incluindo as cozinhas hospitalares, ela engloba diversos pontos que vão desde a estrutura física (edificação, instalações, equipamentos, móveis e utensílios) até as documentações e registros necessários.

Diante do pressuposto, o presente estudo teve como objetivo geral conhecer as não conformidades encontradas nas cozinhas hospitalares do município de Mossoró/ RN, no ano de 2015 e como objetivos específicos detectar as principais irregularidades na estrutura física dos hospitais estudados; Verificar as questões referentes ao manipulador das cozinhas hospitalares e discutir as deficiências na documentação necessária as cozinhas hospitalares.



METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva e quantitativa, visando conhecer a estrutura das cozinhas hospitalares do município de Mossoró/RN no ano de 2015. Na pesquisa foi tomado por base a RDC 216/04 da ANVISA, utilizando-se de técnicas padronizadas de coleta de dados, o relatório da Vigilância Sanitária de Mossoró, no qual consta a situação encontrada nas cozinhas hospitalares do município. Foi utilizado a RDC 216/04, sendo as não conformidades divididas em três pontos: Estrutura física; Manipuladores de Alimentos e Documentação necessária.

O Município de Mossoró atualmente conta com dez estruturas hospitalares, sendo quatro privadas e seis públicas, destas públicas uma está sem funcionar e dentro dos hospitais particulares duas comportam a mesma cozinha, por um destes ter terceirizado a estrutura física do outro. Portanto serão contabilizando oito estruturas hospitalares.

Os dados coletados foram inicialmente digitalizados em planilha do Office Excel 2007 e, em seguida analisados, com os resultados transcritos para gráficos de percentuais e tabelas.

REVISÃO DA LITERATURA

Estrutura física

Em uma unidade hospitalar encontram-se vários setores que se responsabilizam pelo cuidado geral do paciente, e entre estes destaca-se o Serviço de Nutrição ou Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN). A UAN é uma unidade de trabalho ou órgão de uma empresa que desempenha atividades relacionadas à alimentação e à nutrição. A nutrição hospitalar se apresenta como de suma importância para a recuperação da saúde dos



pacientes, servindo como um importante fator adjuvante ao tratamento médico (SILVIA e AMADEI, 2004).

A cozinha hospitalar deve ser um ambiente seguro, que não ofereça riscos a saúde do paciente, portanto deve seguir ao máximo a legislação sanitária vigente, visando oferecer um serviço de qualidade e com redução dos riscos sanitários.

A RDC 216/04 é uma legislação que vai definir as recomendações para se ter um estabelecimento com boas práticas de fabricação que minimizem os riscos sanitários. Quando foi criada não acobertava a estrutura de cozinhas hospitalares, porém em 29 de setembro de 2014 a RDC 52/14 foi publicada para que estes estabelecimentos pudessem ser abrangidos pela RDC 216/04.

A UAN deve ser construída seguindo as recomendações da legislação brasileira, que trata dos aspectos físicos e higiênicos para estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos, onde encontram-se todos os procedimentos necessários para a produção/manipulação de alimentos. Outras fontes, pertinentes a área de serviços de nutrição, dietética e alimentos, devem ser consultados, sempre que necessário. (OLIVEIRA, 2003).

Paredes e tetos devem ser revestidos de materiais impermeáveis, laváveis, lisas sem fenda ou rachaduras, de fácil limpeza e desinfecção. Os azulejos quando usados na parede, devem ser colocados a altura de no mínimo 2 metros e os rejuntas devem ser impermeáveis. (SILVA JR, 2001).

A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Apesar de as evidências mostrarem a importância das mãos na cadeia de transmissão das infecções relacionadas à assistência à saúde e os efeitos dos procedimentos de higienização das mãos na diminuição das taxas de infecção, os profissionais de saúde ainda adotam uma atitude passiva diante deste problema de saúde



pública mundial. Portanto de nada adianta possuir pias exclusivas para lavagem das mãos dos manipuladores, se elas não forem utilizadas de forma correta.

A RDC 63/2000 define as dietas enterais e mostra a importância e a necessidade de se construir uma sala para manipulação destas dietas sempre que se utilize o sistema aberto, ou seja, onde ocorre alguma manipulação destas dietas enterais, visando assim garantir uma dieta adequada do ponto de vista higiênico-sanitário.

É sempre importante lembrar que a clientela das cozinhas hospitalares é diferente, trata-se de pacientes que precisam de todo o cuidado, visando assim que a alimentação venha a auxiliar e não prejudicar o tratamento deste público diferenciado.

Manipuladores de alimentos

Manipulador de alimentos é todo aquele que de alguma forma entra em contato com o alimento, no seu preparo, transporte ou distribuição.

A função do manipulador de alimentos vai muito além da preocupação em oferecer pratos bonitos e saborosos, mas atinge também um importante papel social, que é o de contribuir para a preservação da qualidade dos alimentos fornecidos aos clientes do estabelecimento em que trabalha.

As doenças transmitidas por alimentos são causadas pela ingestão de alimentos ou bebidas contaminadas com patógenos, em quantidades que afetam a saúde do consumidor. Além destes patógenos, estas doenças também podem ser causadas por produtos químicos venenosos e outras substâncias nocivas.

No Brasil, a maioria das doenças transmitidas por alimentos são causadas pela Salmonella, Escherichia coli patogênica e Clostridium perfringens, pelas toxinas do Staphylococcus aureus e Bacillus cereus. (BRASIL, 2015)

Os sintomas mais comuns para as doenças transmitidas por alimentos são falta de apetite, náuseas, vômitos, diarreia, dores abdominais e febre (dependendo do agente



etiológico). Podem ocorrer também afecções extra-intestinais em diferentes órgãos e sistemas como no fígado (Hepatite A), terminações nervosas periféricas (Botulismo), má formação congênita (Toxoplasmose) dentre outros.

As doenças que causam diarreia e vômitos podem levar à desidratação, caso o paciente perca mais fluidos corporais e sais minerais (eletrólitos) do que a quantidade ingerida. A reposição destes fluidos e eletrólitos é extremamente importante para evitar a desidratação.

Algumas recomendações são importantes para evitar o surgimento das doenças transmitidas por alimentos, entre elas estão: * Lavar as mãos regularmente antes, durante e após a preparação de alimentos; * Lavar e desinfetar todas as superfícies, utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos; * Manter o alimento fora do alcance de insetos, roedores e outros animais.

As Boas Práticas em Serviços de Alimentação são uma importante ferramenta para atingir um determinado padrão de qualidade e garantir a segurança dos alimentos através de condutas adequadas de manipulação. Para isso, é necessário que as empresas invistam em treinamentos para os seus funcionários, para que a implantação e a implementação das Boas Práticas possam atender a legislação vigente. (STEFANELLO, 2009).

As Boas Práticas de Fabricação (BPF), conhecidas internacionalmente como Good Manufactures Pratices (GMP), são um conjunto de princípios, regras e procedimentos que regem o correto manuseio dos alimentos, abrangendo desde as matérias-primas até o produto final. São normas de procedimentos para atingir um determinado padrão de identidade e qualidade de um produto e/ou um serviço na área de alimentos, cuja eficácia e efetividade deve ser avaliada através de inspeção e/ou investigação (SILVA JUNIOR, 1995).

O programa de Boas Práticas de Fabricação gera muitos benefícios como: a fabricação de produtos de melhor qualidade e maior segurança, a diminuição de



reclamações por parte dos consumidores, melhora o ambiente de trabalho, sendo estes mais limpos e seguros, com funcionários desempenhando suas funções com maior motivação e produtividade (MELO et al., 2007).

Documentação necessária

Água potável é aquela que pode ser consumida pelos seres humanos, sem prejuízo à sua saúde e, para tal, ela deve apresentar características sanitárias e toxicológicas adequadas e estar isenta de organismos patogênicos e de substâncias tóxicas, a fim de prevenir danos à saúde e favorecer o bem estar das pessoas. (Organismos patogênicos são aqueles que transmitem doenças pela ingestão ou contato com água contaminada por bactérias, vírus, parasitas e protozoários). (INEA, 2015).

Nesse contexto é que se aplica a importância da limpeza e desinfecção rotineira dos reservatórios de água que deverá ser realizada a cada seis meses, e sempre que houver suspeita de contaminação da água tanto por substâncias químicas quanto por animais que podem se abrigar em seu interior, como roedores, baratas, pombos e mosquitos. (INEA, 2015)

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA a forma correta para fazer a higienização da caixa d'água é a seguinte:

- Feche o registro, retire toda a água da caixa d'água.
- Feche a saída de água da caixa d'água.
- Retire a sujeira.
- Esfregue as paredes e o fundo da caixa d'água somente com água, utilizando utensílios, como vassoura, escova, rodo e pano. Estes materiais devem ser de uso exclusivo.
- Abra a saída de água e retire as sujidades com água corrente.
- Feche a saída de água.
- Prepare a solução desinfetante, diluindo 1 litro de água sanitária em 5 litros de água. Este volume é apropriado para uma caixa d'água de 1.000 litros.
- Utilize Equipamento de Proteção Individual (EPI) apropriado para produto químico, como luvas, botas de borracha, dentre outros.
- Espalhe a solução desinfetante nas paredes



e fundo da caixa d'água com uma broxa ou pano. Aguarde por 30 minutos. • Enxágue a caixa d'água com água corrente, retirando todo o resíduo de desinfetante. • Esgote toda a água acumulada. • Encha a caixa d'água. • Mantenha-a sempre com uma tampa, evitando a entrada de sujeira, poeira, insetos etc. (BRASIL, 2004).

Através de um conceito novo: o “Controle Integrado de Pragas”, caracterizado como sendo um sistema que incorpora ações preventivas e corretivas sobre o ambiente urbano, ações estas destinadas a impedir que os vetores e as pragas urbanas possam gerar problemas significativos. O Controle Integrado de Pragas visa minimizar o uso abusivo e indiscriminado de praguicidas. É uma seleção de métodos de controle e o desenvolvimento de critérios que garantam resultados favoráveis sob o ponto de vista higiênico, ecológico e econômico. Para se fazer isso, os hábitos e ciclos de vida de muitas pragas devem ser entendidos e as medidas apropriadas para resolver estes problemas devem ser implementadas.(ZUBEN, 2006).

A recomendação da RDC 216/04 é que se criem barreiras para evitar a entrada e proliferação de pragas, outra recomendação é que sejam adotadas medidas higiênico-sanitárias para que as pragas sejam controladas, caso as medidas adotadas não sejam suficientes no controle de pragas e vetores deve-se contratar uma empresa especializada no controle de pragas, essa empresa precisa ter alvará sanitário vigente e deve deixar sempre uma ordem de serviço com os dados dos produtos utilizados na aplicação e o telefone a ser acionado em caso de alguma emergência.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estrutura física

Tabela 1- Distribuição das principais não conformidades encontradas nas edificações das cozinhas hospitalares do Município de Mossoró no ano de 2015.

Sim	Não			
	Número	Percentual		
Não conformidades	Número	Percentual	Número	Percentual
Paredes danificadas	05	62,5%	03	37,5%
Luminárias sem proteção	07	87,5%	01	12,5%

De acordo com a RDC 216/04 verificamos a ocorrência de não conformidades nas edificações das cozinhas hospitalares. O item 4.1.3 afirma que as instalações físicas como piso, parede e teto devem possuir revestimento liso, impermeável e lavável. Devem ser mantidos íntegros, conservados, livres de rachaduras, trincas, goteiras, vazamentos, infiltrações, bolores, descascamentos, dentre outros e não devem transmitir contaminantes aos alimentos.

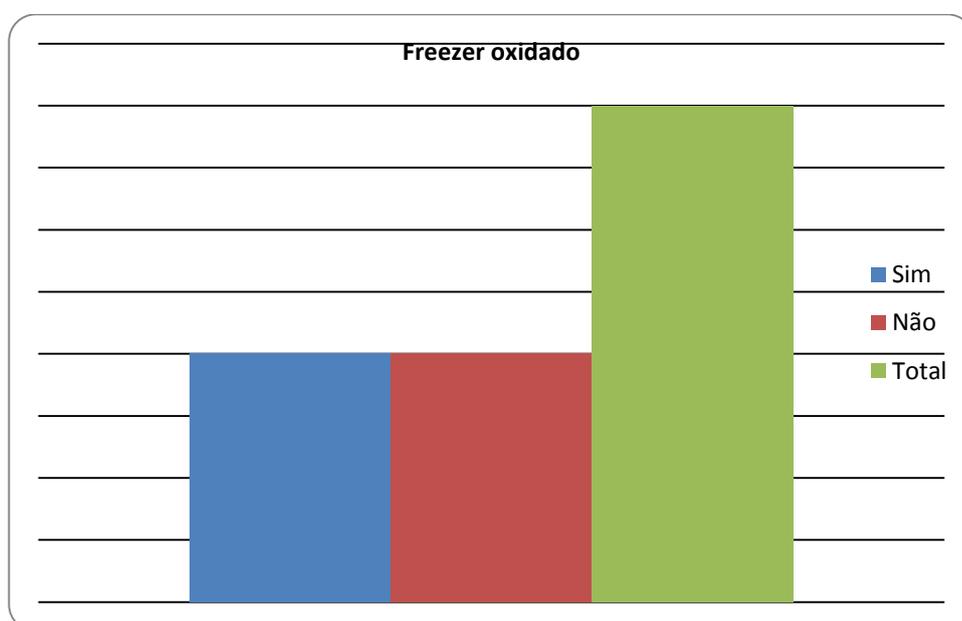
Já o item 4.1.9 cita como necessidade de proteção das luminárias: As instalações elétricas devem estar embutidas ou protegidas em tubulações externas e íntegras de tal forma a permitir a higienização dos ambientes.

Resultado semelhante foi encontrado por GUEDES, 2009 onde 50% das cozinhas hospitalares estudadas não possuíam proteção adequada contra explosão e 75% destas não possuíam paredes em bom estado de conservação.



Tabela 2- Percentual de não conformidades referentes a equipamentos das cozinhas hospitalares do Município de Mossoró no ano de 2015.

Freezer Oxidado	Número	Percentual
Sim	04	50%
Não	04	50%
Total	08	100%



Observando a tabela 2 e o gráfico acima, podemos concluir que alguns equipamentos não estão seguindo o que recomenda a legislação vigente (RDC216/04)- 4.1.15 Os equipamentos, móveis e utensílios que entram em contato com alimentos devem ser de materiais que não transmitam substâncias tóxicas, odores, nem sabores aos mesmos, conforme estabelecido em legislação específica. Devem ser mantidos em adequado estado de conservação e ser resistentes à corrosão e a repetidas operações de limpeza e desinfecção.



Tabela 3- Uso correto das pias para lavagem de mãos nas cozinhas hospitalares no Município de Mossoró no ano de 2015.

Uso correto das pias para lavagem das mãos	Número	Percentual
Sim	00	0%
Não	08	100%
Total	08	100%

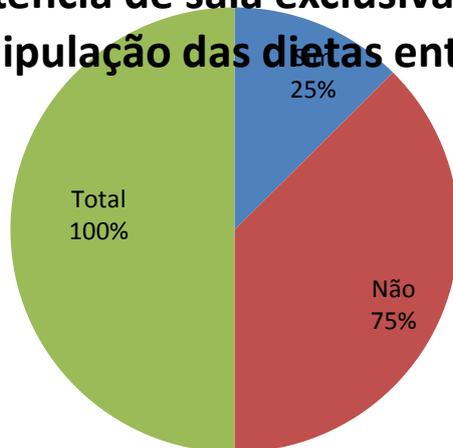
Pela tabela 3 podemos observar que 100% das cozinhas hospitalares não estavam sendo usadas de formas corretas, muitas não possuíam sabonete liquido e papel toalha e outras estavam servindo de suporte para panelas ou outros utensílios.

Tabela 4- Existência de sala exclusiva para manipulação das dietas enterais nas cozinhas hospitalares no Município de Mossoró no ano de 2015.

Existência de sala exclusiva para manipulação das dietas enterais	Número	Percentual
Sim	02	25%
Não	06	75%
Total	08	100%



**Existência de sala exclusiva para
manipulação das dietas enterais**



Conforme a tabela 4 e gráfico acima, podemos verificar que apenas 25% das cozinhas hospitalares possuem sala exclusiva para manipulação das dietas enterais. A RDC 50/02 da ANVISA recomenda a existência das salas onde ocorre a manipulação das dietas enterais e faz orientações sobre o seu dimensionamento.

Manipuladores de alimentos

Tabela 5- Condição de saúde dos manipuladores de alimentos nas cozinhas hospitalares no Município de Mossoró no ano de 2015.

Apresentou registro dos exames de saúde dos manipuladores	Número	Percentual
Sim	01	12,5%
Não	07	87,5%
Total	08	100%



A tabela 5 demonstra que a maioria dos estabelecimentos estudados não apresentou registro de exames de saúde dos seus manipuladores de alimentos, durante a inspeção sanitária, embora os profissionais informassem que possuíam estes exames, só que não ficavam no setor de nutrição e sim no departamento pessoal.

O item 4.6.1 da RDC 216/04 afirma que o controle da saúde dos manipuladores deve ser registrado e realizado de acordo com a legislação específica, a recomendação é que fique uma cópia dos atestados de saúde ocupacional (ASO) no setor de nutrição para que seja apresentado ao fiscal de vigilância sanitária, quando solicitado.

SANTOS, 2014 realizou estudo em hospitais da rede privada de Fortaleza/Ce e verificou que 100% dos manipuladores de alimentos possuíam exames de saúde atuais.

Tabela 6- Uso de adornos por manipuladores de alimentos nas cozinhas hospitalares no Município de Mossoró no ano de 2015.

Manipuladores de alimentos usando adornos (brincos)	Número	Percentual
Sim	01	12,5%
Não	07	87,5%
Total	08	100%

Verifica-se na tabela 6 que apenas 12,5%, a minoria, das cozinhas hospitalares permite que seus manipuladores usem adornos, seguindo assim o recomenda o item 4.6.6 da RDC 216/04.

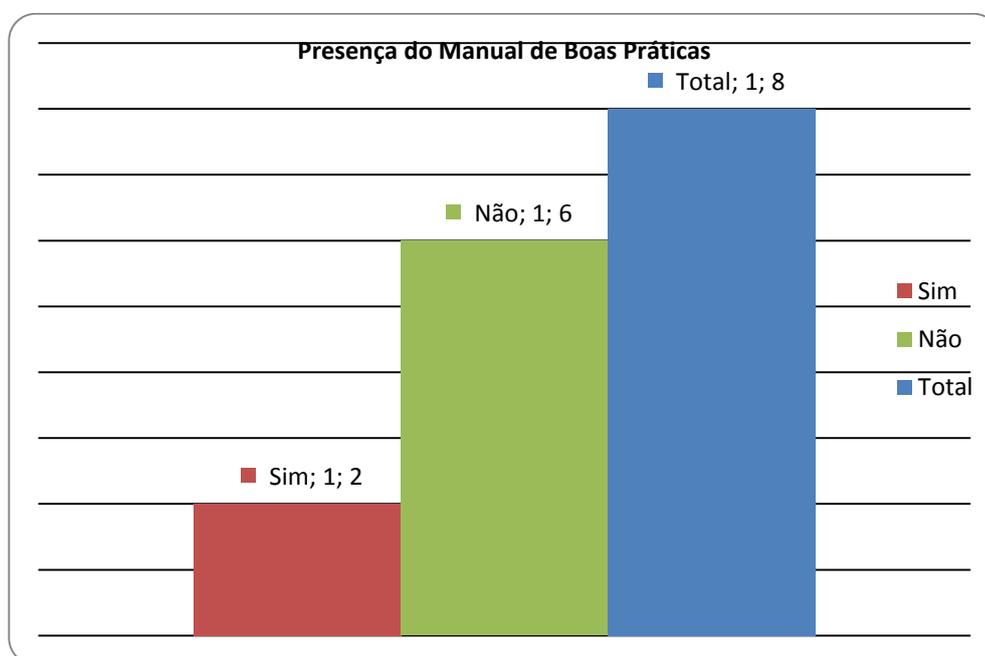


Documentação necessária

Tabela 7- Presença de Manual de Boas Práticas alimentos nas cozinhas hospitalares no Município de Mossoró no ano de 2015.

Presença de Manual de Boas Práticas	Número	Percentual
Sim	02	25%
Não	06	75%
Total	08	100%

O Manual de Boas Práticas é um importante documento, no qual são estabelecidos todos os procedimentos realizados dentro do estabelecimento, desde o critério utilizado para a escolha de fornecedores, até a forma adequada para a distribuição do alimento pronto para consumo.



A tabela 7 e o gráfico acima informa que apenas 25% dos estabelecimentos possuem esse documento pronto para ser consultado nas cozinhas hospitalares.

GONÇALVES, 2012 estudando as boas práticas em cozinhas hospitalares da Cidade de Pelotas/RS, verificou que os quatros hospitais analisados possuíam boas práticas escritas e instituídas.

Tabela 8- Presença do registro de controle de pragas e lavagem de caixa d'água nas cozinhas hospitalares no Município de Mossoró no ano de 2015.

Presença de registro de controle de pragas e lavagem de caixa d'água	Número	Percentual
Sim	01	12,5%
Não	07	87,5%
Total	08	100%

O registro de controle de pragas é um documento solicitado pelos fiscais sanitários buscando uma forma de minimizar e até mesmo não permitir a entrada de pragas nas cozinhas hospitalares que devem ser um ambiente limpo e livre de contaminações, já o registro de lavagem de caixa d'água é importante para manter uma boa qualidade da água usada na manipulação de alimentos, análises microbiológicas da água também são solicitadas.

Os itens 4.11.6 e 4.11.7 da RDC 216/04 recomendam que sejam feitos esses registros nos serviços de alimentação.

De acordo com a tabela 8 verificamos que 87.5% dos hospitais analisados não apresentou o registro comprovando a lavagem de caixa d'água e a ordem de serviço de controle de pragas. Embora os responsáveis afirmem que possuem esses registros, só não estavam disponíveis no momento da inspeção sanitária.



CONCLUSÃO

Diante do exposto, o presente trabalho chegou a conclusão que a grande maioria das cozinhas hospitalares avaliadas possuem inadequações na sua estrutura física em relação a paredes e proteção de luminárias, metade dos estabelecimentos possuem equipamentos que não estão em bom estado de conservação, todas as cozinhas estão usando a pia para lavagem das mãos inadequadamente, ou por não estarem sendo usadas para esse fim ou por não possuírem sabonete líquido e papel toalha, indispensáveis para a higienização correta das mãos. Apenas 25% dos hospitais possuem uma sala exclusiva para manipulação de dietas enterais, recomendação que deveria ser atendidas por todos os hospitais, de acordo com a legislação sanitária vigente.

Embora todos os hospitais afirmassem ter o registro dos exames de saúde dos manipuladores de alimentos, apenas em uma cozinha hospitalar esse registro estava disponível para a consulta da autoridade sanitária competente.

A maior parte dos manipuladores de alimentos não utilizam adornos durante o trabalho, recomendação correta e orientada pela legislação sanitária.

As documentações necessárias para as cozinhas hospitalares como manual de boas práticas e registro de controle de pragas e de lavagem de caixa d'água não foram apresentadas pela maioria dos estabelecimentos estudados.

Por fim, as cozinhas hospitalares precisam se adequar as legislações sanitárias vigentes com relação a estrutura física, estado de saúde dos manipuladores e documentação necessária, visando assim a redução dos riscos sanitários e a produção de alimentos com maior qualidade higiênico-sanitária.



REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC n 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Resolução-RDC n 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Resolução-RDC n 63, de 6 de julho de 2000. Fixa os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Transmitidas por Alimentos, 2015.

GUEDES, Tatiana Serpa. **Avaliação das Condições Higiênico-sanitárias das cozinhas hospitalares da Asa Sul no Distrito Federal**. Brasília, 2009. P.17-18.

GONÇALVES, Juliana Macedo. **Avaliação das Boas Práticas nas cozinhas hospitalares da cidade de Pelotas/RS**, Pelotas, 2012. P.1-61.

www.inea.rj.gov.br/ Limpeza e higienização de reservatórios de água, 2015.

MELO, Mariane Aparecida Farago, et al. **Avaliação das condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos comercializadores de caldo de cana da cidade de Ponta Grossa-PR**. V Semana de Tecnologia em Alimentos. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. v.2, n.1. mai., 2007.

OLIVEIRA, Margarida Pacheco. **Avaliação da área física e fluxo de operações da cozinha do hospital regional de Brazilândia**. Brasília, 2003.

SANTOS, Semíramis Silva; OLIVEIRA, Amanda Maia de. **Avaliação de conhecimentos, condutas e de ocorrência de enteroparasitoses em manipuladores de alimentos em hospitais de Fortaleza, Ceará**. Revista nutrivila.com.br. Volume 1-número 2, 2014. P.30-36.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2015

STEFANELLO, Cláudia Luísa; LINN, Débora Schmidt; MESQUITA, Marizete Oliveira de. **Percepção sobre boas práticas por cozinheiras e auxiliares de cozinha de uma UAN do Noroeste do Rio Grande Do Sul**, RS, 2009.

SILVIA, V.; AMARAL, A. M. P. **Segurança alimentar. Comércio internacional e Segurança Sanitária**. Revista Informações Econômicas, SP, vol.34, n.6, jun.2004.

SILVA, JR. Eneo da. **Manual de Controle higiênico-sanitário em alimentos**. São Paulo: Varela, 2001.

SILVA JUNIOR, Eneo Alves da. **Manual de Controle Higiênico-Sanitário em Serviços de Alimentação**. 6.ed. São Paulo: Varela, 1995.

ZUBEN, Andréa Paula Bruno Von. **Manual de Controle Integrado de Pragas**. Campinas, SP, 2006.



Principais não conformidades nas cozinhas hospitalares

Páginas 213 a 230



Temas em
Saúde