



Fundamentos da Enfermagem 2

**Michelle Thais Migoto
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2019

Michelle Thais Migoto
(Organizadora)

Fundamentos da Enfermagem 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
F981	Fundamentos da enfermagem 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Michelle Thais Migoto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Fundamentos da Enfermagem; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-115-2 DOI 10.22533/at.ed.152191202 1. Enfermagem. 2. Enfermagem – Prática. I. Migoto, Michelle Thais. II. Série. CDD 610.73
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

No volume 2, desta obra *Fundamentos de Enfermagem*, é composto por 18 capítulos, que englobam assuntos relacionados a assistência de Enfermagem na Atenção Primária e na Secundária a Saúde. Esta temática, apresenta um trabalho voltado aos principais problemas de saúde identificados em uma população, com destaque para as Infecções Sexualmente Transmissíveis, como o HIV e a Sífilis. Esta última, cuja incidência vem aumentando significativamente nos últimos anos. Ainda, a assistência a pessoa com o diagnóstico de Hipertensão Arterial

Destaca-se a relação entre os demais níveis de atenção, que hoje estão estruturados em Redes de Atenção à Saúde, que tem a Atenção Primária como a coordenadora do cuidado integral. Nesta ótica, cabe a Atenção Primária cuidar da população idosa, de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial, sobretudo a promoção à saúde a partir de estratégias educativas, na divulgação do uso de métodos contraceptivos, no crescimento e desenvolvimento da criança em condição saudável ou não, e as condições relacionadas à saúde mental.

Portanto, a atuação da Enfermagem neste cenário de cuidado necessita se desenvolver e aprimorar, é o que os capítulos buscam contribuir, para que cada vez mais tanto a prática profissional e como a gestão da assistência possam ser desenvolvidas com qualidade pelos Enfermeiros que atuam nesta área.

Michelle Thais Migoto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL	
Aline Cecilia Pizzolato	
Leila Maria Mansano Sarquis	
DOI 10.22533/at.ed.1521912021	
CAPÍTULO 2	9
CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA HIPERTENSA: CUIDADO SISTEMATIZADO	
Luiza Vieira Ferreira	
Mariana Galvão	
Elenir Pereira de Paiva	
Geovana Brandão Santana Almeida	
Girleene Alves da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1521912022	
CAPÍTULO 3	15
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO DOMÍNIO ATIVIDADE/REPOUSO EM IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	
Adriana de Moraes Bezerra	
Kelly Fernanda Silva Santana	
Maria Dayanne Luna Lucceti	
Antônio Germane Alves Pinto	
Célida Juliana de Oliveira	
Maria Corina Amaral Viana	
Natália Pinheiro Fabrício Formiga	
Naanda Kaanna Matos de Souza	
Natana de Moraes Ramos	
Nuno Damácio de Carvalho Félix	
Ana Carolina Ribeiro Tamboril	
DOI 10.22533/at.ed.1521912023	
CAPÍTULO 4	25
A ENFERMAGEM FRENTE AO CONTROLE DA SÍFILIS: UM DESAFIO PARA O TERCEIRO MILÊNIO	
Mariana Dresch de Oliveira	
Letícia Pereira de Barros	
Margarete Knoch	
DOI 10.22533/at.ed.1521912024	
CAPÍTULO 5	32
MULHER SORODISCORDANTE PARA HIV E AS DIFICULDADES DA ENFERMAGEM PARA TRAÇAR PLANOS DE CUIDADOS ME DIANTE A VONTADE DE ENGRAVIDAR	
Ezequias Paes Lopes	
Eimar Neri de Oliveira Junior	
Ana Paula Lobo Trindade	
Angela Maria dos Santos Figueiredo	
Rosilene Cunha de Oliveira	
Silviane Hellen Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1521912025	

CAPÍTULO 6 40

O TRABALHO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA SALA DE VACINAÇÃO

Denise Barbosa de Castro Friedrich
Tamiris Cristina Reiter
Louise Cândido Souza
Raquel de Oliveira Martins Fernandes
Izabela Palitot da Silva

DOI 10.22533/at.ed.1521912026

CAPÍTULO 7 53

CONCEPÇÕES DE MULHERES COM RELAÇÃO AO USO DO MÉTODO DE OVULAÇÃO BILLINGS

Eliane Vieira dos Santos
Rita de Cássia Maria dos Santos Frazão
Sheyla Costa de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.1521912027

CAPÍTULO 8 64

RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO QUANTO A SÍNDROME ALCOLICA FETAL NO PRÉ-NATAL FRENTE À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Ezequias Paes Lopes
Eimar Neri de Oliveira Junior
Ana Paula Lobo Trindade
Angela Maria dos Santos Figueiredo
Rosilene Cunha de Oliveira
Silviane Hellen Ribeiro da Silva

DOI 10.22533/at.ed.1521912028

CAPÍTULO 9 71

APLICAÇÃO DOS MARCOS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL POR ENFERMEIROS SEGUNDO A ATENÇÃO INTEGRADA AS DOENÇAS PREVALÊNCIA NA INFÂNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Hortência Moura
Ivana Barbosa Cardoso
Caroline Lucas Mendes
Ana Karinne Dantas de Oliveira
Mirna Albuquerque Frota

DOI 10.22533/at.ed.1521912029

CAPÍTULO 10 81

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: NOVAS PERSPECTIVAS E AÇÕES PROGRAMÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE ESCOLARES

Juliana Amaral Rockembach
Francielle Bendlin Antunes

DOI 10.22533/at.ed.15219120210

CAPÍTULO 11 100

RECURSOS TECNOLÓGICOS: POSSIBILIDADES PARA UMA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO PROGRAMA MAIS EDUCAÇÃO

Fernanda de Castro Silveira

DOI 10.22533/at.ed.15219120211

CAPÍTULO 12 110

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E COMUNIDADE TERAPÊUTICA EM AÇÕES DE EDUCAÇÃO SOBRE DROGAS

Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento
Natália Luzia Fernandes Vaz
Givânia Bezerra de Melo
Maria Cicera dos Santos de Albuquerque
Jorgina Sales Jorge
Raquelli Cistina Neves Araújo

DOI 10.22533/at.ed.15219120212

CAPÍTULO 13 125

SOBRECARGA DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA

Suzana Mara Cordeiro Eloia
Sara Cordeiro Eloia
Lívia Moreira Barros
Letícia Lima Aguiar
Joselany Áfio Caetano
Eliany Nazaré Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.15219120213

CAPÍTULO 14 137

APROXIMAÇÃO E AMBIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA JUNTO AOS REDUTORES DE DANOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Zaira Letícia Tisott
Jacó Fernando Schneider
Amanda de Lemos Mello
Keity Laís Siepmann Soccol
Vera Lúcia Freitag

DOI 10.22533/at.ed.15219120214

CAPÍTULO 15 145

TRAJETÓRIA DE TRATAMENTO PARA ADIÇÃO NA REDE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS

Cíntia Nasi
Mitieli Vizcaychipi Disconzi
Annie Jeanninne Bisso Lacchini

DOI 10.22533/at.ed.15219120215

CAPÍTULO 16 160

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Fabiano de Jesus Santos Costa
Adriana Vilhena Lima
Polyana Sousa dos Santo
Francisca Bruna Arruda Aragão
Wannessa Rhégia Viégas Cunha Duailib
Fabrício e Silva Ferreira
Lívia Carolina Sobrinho Rudakoff

DOI 10.22533/at.ed.15219120216

CAPÍTULO 17 175

LACERAÇÕES PERINEAIS ESPONTÂNEAS EM PARTOS ATENDIDOS POR ENFERMEIRAS
OBSTETRAS

Kéllida Moreira Alves Feitosa
Gleiziane Peixoto da Silva
Simony Lins de Oliveira
Maria Elisângela Soares Mendes
Rhayza Rhavenia Rodrigues Jordão
Rafaella Araújo Correia

DOI 10.22533/at.ed.15219120217

CAPÍTULO 18 178

OS EFEITOS DA REFLEXOLOGIA PODAL NOS CICLOS FEMININOS

Andressa Menescal Coelho Azevedo
Anny Beatriz Costa Antony de Andrade
Raquel Faria da Silva Lima

DOI 10.22533/at.ed.15219120218

SOBRE A ORGANIZADORA..... 186

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Aline Cecilia Pizzolato

Universidade Federal do Paraná. Curitiba-Paraná

Leila Maria Mansano Sarquis

Universidade Federal do Paraná. Curitiba-Paraná

RESUMO: Introdução: A assistência de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), representa um grande desafio. O enfermeiro necessita definir ações imediatas, focadas e prioritárias frente ao agravo de saúde do paciente. **Objetivo:** Selecionar e elaborar Intervenções de Enfermagem (IE) com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), no contexto do APHM. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo metodológica, com abordagem quantitativa, realizada em Curitiba-PR, em 2015. Foram utilizados os critérios do Conselho Internacional de Enfermeiros que recomenda as linhas de orientação para criar enunciados de IE; o modelo ISO 18.104/2003; o Modelo de Sete Eixos da CIPE®, e o Catálogo da CIPE®, versão 2013. **Resultados:** Desta forma, foram selecionadas 32 afirmativas de intervenções pré-coordenadas e foram elaboradas 58 afirmativas de IE, totalizando 90 intervenções. **Discussão:** Observou-se que algumas IE não estavam contempladas na CIPE®, versão 2013, principalmente na área da Urgência e Emergência e especificamente os

direcionados para o atendimento de trauma.

Conclusão: As Intervenções de Enfermagem identificadas podem colaborar com cuidados mais direcionados e sistematizados frente a assistência de enfermagem no APHM. E podem contribuir para aproximação da CIPE® nesta área de atuação.

PALAVRAS-CHAVE: Terminologia Padronizada em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Assistência Pré-Hospitalar.

ABSTRACT: Introduction: Nursing care in Mobile Prehospital Care (APHM) represents a great challenge. The nurse needs to define immediate, focused and priority actions against the patient's health problem. **Objective:** To select and elaborate Nursing Interventions (IE) based on the International Classification for Nursing Practice (ICNP®), in the context of APHM. **Method:** This is a descriptive research of the methodological type, with a quantitative approach, carried out in Curitiba-PR, in 2015. The criteria of the International Council of Nurses were used, recommending the guidelines to create IE statements; the ISO 18104/2003 model; the ICNP® Seven Axes Model, and the ICNP® Catalog, version 2013. **Results:** 32 affirmations of pre-coordinated interventions were selected and 58 IE statements were elaborated, totaling 90 interventions. **Discussion:** It was observed that some IE were not included in the ICNP®,

version 2013, mainly in the area of Emergency and specifically those directed to the trauma care. **Conclusion:** The Nursing Interventions identified can collaborate with more directed and systematized care towards nursing care in APHM, and they can contribute to the approximation of ICNP® in this area.

KEYWORDS: Standardized Nursing Terminology; Nursing Care; Prehospital Care.

1 | INTRODUÇÃO

O enfermeiro apresenta um papel significativo no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM). Esta área de atuação exige do enfermeiro um amplo conhecimento técnico-científico, com agilidade e habilidade para tomadas de decisão rápida, com foco na avaliação das necessidades do paciente, definição de prioridades e realização de intervenções imediatas (TAVARES, et al, 2017; ADÃO; SANTOS, 2012).

Como afirmam Vargas e França (2007), o enfermeiro precisa executar a assistência de enfermagem de maneira sistematizada, de modo a orientar e direcionar as intervenções prioritárias, com base científica, e estar capacitado a prestar cuidados com precisão e coerência. Este cuidado sistematizado é orientado pelo uso de uma linguagem padronizada em enfermagem que contribui para cientificidade da profissão, com base em evidências que direcionam as ações conforme as prioridades de saúde (FÉLIX; RAMOS; NASCIMENTO; MOREIRA; OLIVEIRA, 2018).

Neste sentido, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®) é considerada uma Terminologia Padronizada em Enfermagem que descreve elementos da prática do enfermeiro, como: “o que a enfermagem faz (ações / intervenções de enfermagem), face ao julgamento de determinadas necessidades humanas e sociais (diagnósticos de enfermagem), para produzir resultados sensíveis às intervenções de enfermagem (resultados de enfermagem)” (GARCIA; NÓBREGA 2013). Esta classificação pode ser aplicada no Processo de Enfermagem (PE), e considera-se como a terceira etapa deste processo, a Intervenção de Enfermagem (IE).

Cabe salientar que realizar uma rápida IE, no contexto do APHM, representa um grande desafio no que diz respeito ao tempo e ao grau de gravidade do paciente. A realidade no atendimento requer prioridade e o tempo para realizar as intervenções necessárias se traduz em salvar vidas (PHTLS, 2016). Em virtude disso, o enfermeiro necessita de ações imediatas, focadas e prioritárias, frente ao estado de saúde em risco.

Em âmbito nacional existem poucos estudos que tratam de IE no APHM, como o de Lins, T. H. et al. (2013), *Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em Vítimas de Trauma Durante Atendimento Pré-hospitalar Utilizando a CIFE®*, realizado em Maceió, Alagoas. E existem subconjuntos terminológicos da CIFE® publicados pelo *International Council of Nurse* (ICN, 2018) para áreas específicas, que tem como objetivo preencher uma necessidade prática. Porém, ainda não se evidencia subconjuntos na área de urgência e emergência e especificamente no APHM.

Neste sentido, considera-se relevante o estudo no que tange a aproximação de uma terminologia de enfermagem com a padronização dos cuidados de enfermagem na assistência do enfermeiro no serviço pré-hospitalar móvel.

Diante do exposto, esta pesquisa objetivou: selecionar e elaborar Intervenções de Enfermagem com base na CIPE®, no contexto do APHM.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo metodológica, com abordagem quantitativa. Este estudo foi elaborado a partir da terceira etapa da pesquisa, desenvolvida na dissertação, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná (PIZZOLATO, 2015). A qual, foi desenvolvida nas Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU do município de Curitiba, estado do Paraná, em 2015.

Obteve-se como um dos resultados, a seleção e elaboração de IE, com base na CIPE®, no contexto do APHM. Para alcançar os objetivos propostos, esta pesquisa relacionou as IE, com o modelo conceitual de Horta (2011) das Necessidades Humanas Básica (NHB). Com o intuito de representar o perfil de ações de enfermagem no serviço pré-hospitalar móvel.

Para selecionar as intervenções foi adotado o catálogo da CIPE®, versão de 2013 (ICN, 2013), que apresenta IE, já construídas. Este catálogo apresenta o Modelo 1.0 da CIPE®, composto por Sete Eixos: foco, juízo, recursos, ação, tempo, localização e cliente (CUBAS, 2010).

A análise dos resultados foi de forma descritiva, pela qual os dados obtidos foram avaliados comparativamente com a literatura científica. Por se tratar de uma pesquisa descritiva, não apresentou necessidade de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, por não se enquadrar na definição de “pesquisas envolvendo seres humanos”, conforme orientações da Resolução 466/12 (CNS, 2012).

3 | RESULTADOS

Para seleção de IE, foram analisados os conceitos das IE pré-coordenadas, e para elaboração dos enunciados de IE, foram analisados os termos do eixo ação e alvo contidos na CIPE®, versão de 2013. Cabe apontar que este catálogo contempla 795 IE. Como resultado obtido, foram selecionadas 32 afirmativas pré-coordenadas e elaborados 58 enunciados de IE, totalizando 90 intervenções, agrupadas em oito NHB prioritárias, conforme Quadro 1.

Necessidades Humanas Básicas	Intervenções de Enfermagem
Oxigenação (n = 28)	Administrar Oxigenoterapia; Analisar Cinemática do Trauma; Aplicar Curativo de Três Pontas; Aspirar Via Aérea Superior*; Auxiliar Médico na Entubação Orotraqueal*; Avaliar Agitação; Avaliar Responsividade; Executar Medida de Segurança (EPI's); Imobilizar Cabeça; Inserir Cânula Orofaríngea*; Inspeccionar Tórax; Instalar Colar* Cervical*; Instalar Respirador; Manter Via Aérea Livre; Monitorar Fadiga; Monitorar Risco de Aspiração; Monitorar Saturação de Oxigênio Sanguíneo Usando Oxímetro de Pulso; Monitorar Ventilação; Obter Dados na Admissão; Palpar Tórax; Realizar Ausculta Pulmonar; Realizar Exame Físico Primário*; Realizar Exame Físico Secundário*; Ventilar com Dispositivo Respiratório (bolsa-válvula-máscara-reservatório); Verificar Frequência Respiratória; Verificar Saturação de Oxigênio Sanguíneo Usando Oxímetro de Pulso e Verificar Via Aérea Superior*.
Hidratação (n = 07)	Avaliar Característica da Queimadura (profundidade* e extensão); Avaliar Resposta a Terapia com Líquidos (ou Hidratação); Lateralizar* o Paciente; Irrigar Queimadura; Monitorar Sinais de Desidratação; Monitorar Vômito e Proteger Queimadura (com curativo seco* e esterilizado*).
Regulação vascular (n = 17)	Administrar Medicação; Administrar Solução; Aplicar Bandagem de Compressão Direta*; Avaliar Perfusão Tissular Periférica; Avaliar Pulso; Comprimir Tórax; Desfibrilar Paciente; Identificar Hemorragia Externa*; Instalar Dispositivo Cardíaco (Marcapasso Transcutâneo*); Monitorar Risco de Hemorragia; Monitorar Ritmo Cardíaco; Monitorar Sinais de Choque Hipovolêmico; Obter Dados Sobre a Pele; Puncionar Veia; Ressuscitar Paciente; Verificar Frequência Cardíaca e Verificar Pressão Arterial.
Regulação neurológica (n = 14)	Avaliar Capacidade para Sentir; Avaliar Diâmetro* e Simetria* Pupilar; Avaliar Fraqueza em Membros*; Avaliar Mobilidade; Examinar Reflexo Pupilar; Gerenciar Hipoglicemia; Identificar Barreiras à Comunicação; Implementar Regime de Manejo (Controle) de Convulsão; Inspeccionar Crânio; Palpar Crânio; Medir Nível de Consciência (Escala de Coma de Glasgow); Observar Confusão Aguda; Observar Paresia em Face e Verificar Glicose Sanguínea.
Percepção dos órgãos dos sentidos (n = 04)	Avaliar Contração Uterina; Monitorar Dor; Monitorar Processo Parturitivo (Trabalho de Parto e Parto) na Gestante e Obter Dados da Visão.
Integridade física (n = 07)	Avaliar Edema; Cuidar de Ferida Traumática; Examinar Integridade da Pele; Imobilizar Fratura com Tala; Implementar Regime de Imobilização; Mobilizar em Bloco* e Proteger Ferida com Curativo de Gaze.
Regulação térmica (n = 03)	Cobrir Paciente com Cobertor; Cobrir Paciente com Manta Térmica* e Verificar Temperatura Corporal.
Segurança física e meio ambiente (n = 10)	Ajudar na Deambulação; Aplicar Contenção; Garantir Segurança da Cena; Gerenciar Comportamento Agressivo; Monitorar Risco de Agressão; Monitorar Sinais de Abuso de Substância; Monitorar Sintomas (Reavaliar*); Prover Apoio Emocional; Prover Privacidade; Tirar Roupas do Paciente (Expor*) e Transportar Paciente.

Quadro 1 - relação das afirmativas de intervenções de enfermagem por NHB

FONTE: Pizzolato, 2015

NOTAS: * Termos adicionados pela autora.

Destacam-se a seguir os enunciados de IE que foram elaborados: Analisar Cinemática do Trauma; Aplicar Bandagem de Compressão Direta; Aplicar Curativo de Três Pontas; Aspirar Via Aérea Superior; Auxiliar Médico na Entubação Orotraqueal; Avaliar Agitação; Avaliar Capacidade para Sentir; Avaliar Característica da Queimadura

(profundidade e extensão); Avaliar Contração Uterina; Avaliar Diâmetro e Simetria Pupilar; Avaliar Edema; Avaliar Fraqueza em Membros; Avaliar Mobilidade; Avaliar Pulso; Avaliar Responsividade; Cobrir Paciente com Manta Térmica; Comprimir Tórax; Desfibrilar Paciente; Examinar Integridade da Pele; Examinar Reflexo Pupilar; Garantir Segurança da Cena; Identificar Hemorragia Externa; Imobilizar Cabeça; Imobilizar Fratura com Tala; Inserir Cânula Orofaríngea; Inspeccionar Crânio; Inspeccionar Tórax; Instalar Colar Cervical; Instalar Dispositivo Cardíaco (Marcapasso Transcutâneo); Instalar Respirador; Irrigar Queimadura; Lateralizar o Paciente; Medir Nível de Consciência (Escala de Coma de Glasgow); Mobilizar em Bloco; Monitorar Fadiga; Monitorar Processo Parturitivo (Trabalho de Parto e Parto) na Gestante; Monitorar Risco de Agressão; Monitorar Risco de Aspiração; Monitorar Risco de Hemorragia; Monitorar Ritmo Cardíaco; Monitorar Sinais de Abuso de Substância; Monitorar Sinais de Choque Hipovolêmico; Monitorar Sinais de Desidratação; Monitorar Sintomas (Reavaliar); Monitorar Ventilação; Observar Confusão Aguda; Observar Paresia em Face; Obter Dados da Visão; Palpar Crânio; Palpar Tórax; Proteger Ferida com Curativo de Gaze; Proteger Queimadura (com curativo seco e esterilizado); Realizar Ausculta Pulmonar; Realizar Exame Físico Primário; Realizar Exame Físico Secundário; Ressuscitar Paciente; Ventilar com Dispositivo Respiratório (bolsa-válvula-máscara-reservatório); e Verificar Via Aérea Superior.

4 | DISCUSSÃO

Observou-se que algumas IE não estavam contempladas no catálogo da CIPE®, versão 2013, principalmente na área da Urgência e Emergência e especificamente os direcionados para o atendimento de trauma, o que determinou a necessidade da elaboração de novas IE para o APHM (PIZZOLATO, 2015).

Com relação as IE não encontradas no catálogo da CIPE®, versão 2013, em português, foi realizada uma busca na versão em inglês e foi encontrada uma IE relevante para a pesquisa, o *Maintaining Airway Clearance*. O que sugere uma revisão da tradução entre os catálogos da CIPE® (PIZZOLATO, 2015).

Observou-se também, que vários termos utilizados no APHM não foram encontrados na CIPE®, como os termos que não constam no eixo ação: checar; expor; desobstruir; reanimar; atentar; enfaixar; rolar; lateralizar; reavaliar; realizar e aquecer. Termos do eixo meios: manta térmica; curativo de 3 pontas; seco; esterilizado; tábua rígida/prancha; marcapasso transcutâneo; colar cervical; bloco; direta e atadura. Termos do eixo localização: pupilas; membros; orotraqueal; orofaríngea e cinemática. Termos do eixo cliente: vítima e equipe. Termos do eixo julgamento: profundidade; externa; diâmetro; simetria e exposta. Termos do eixo tempo: primário e secundário. E termo do eixo foco: sons respiratórios. Isto demonstra a necessidade de inclusão de novos termos na CIPE® relacionados ao APHM em uma classificação que represente a prática de Enfermagem de uma maneira universal (PIZZOLATO, 2015).

Vale ressaltar que a CIPE® é uma ferramenta universal que não contempla as especificidades da totalidade da prática de Enfermagem. Porém, a CIPE® tem como vantagem, permitir o desenvolvimento de novos vocabulários (GARCIA, BARTZ; COENEN, 2015). Neste sentido, Mattei, Malucelli e Cubas (2011) apontam sobre a necessidade de aperfeiçoamentos desta Classificação.

Na pesquisa de Lins, T. H. et al. (2013), foi evidenciado IE como: “transportar a vítima para serviço de urgência”, “imobilizar o doente com dispositivos de imobilização”, “instalar acesso intravenoso para administrar solução”, “implementar oxigenoterapia por máscara de oxigênio”, “comprimir e cobrir com compressa o local da lesão” e “administrar medicamento por via intravenosa”. Segundo os autores, as IE encontradas “revelam as medidas utilizadas pelo serviço para a manutenção da vida até a chegada ao local de tratamento definitivo e, que sem elas, vidas poderiam ser perdidas” (LINS, T. H. et al., 2013).

Cabe considerar, a relação das IE com as ações preconizadas pelo PHTLS (2016) frente ao atendimento de pacientes no pré-hospitalar. Este protocolo, orienta que o profissional siga uma ordem cronológica de avaliação de prioridades com as intervenções imediatas. Respeitando a avaliação primária com base na sequência de intervenções nas vias aéreas superiores, respiração, circulação, aspectos neurológicos e quanto ao ambiente (PHTLS, 2016).

Destaca-se que a maioria das IE, deste estudo, estão relacionadas com a NHB de Oxigenação, atendendo as necessidades das vias aéreas superiores e respiração, prioridades preconizadas pelo PHTLS (2016). Bem como, a predominância nas IE relacionadas a NHB de Regular Vascular, atendendo as questões de circulação e NHB Neurológica, amparando as ações frente as alterações neurológicas.

Ressalta-se que a intervenção “Garantir Segurança da Cena” foi inserida na NHB de Segurança física e meio ambiente, no entanto, é considerada como um dos primeiros passos a ser avaliado no APHM.

5 | CONCLUSÃO

Neste estudo, foram selecionadas 32 IE pré-coordenadas e foram elaborados 58 enunciados de IE, totalizando 90 IE no APHM. O que contribui para ações de enfermagem direcionadas para as necessidades prioritárias de cuidados dos pacientes no APHM, de forma a padronizar a assistência do enfermeiro neste cenário de atuação.

Espera-se que estes resultados possam suscitar a criação de um banco de termos da CIPE® na área de urgência e emergência e trabalhar na construção de subconjuntos terminológicos específicos para o APHM. De forma a contribuir com a aproximação da CIPE® nesta área de atuação, para facilitar o uso desta Classificação pelos enfermeiros da prática clínica do enfermeiro.

Recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos para comparar estes resultados, com a CIPE®, versão 2018 e com as novas edições dos protocolos

internacionais da área de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

ADÃO, R. de S.; SANTOS, M. R. **Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel.** Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2012;16(4):601-8. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/567/v16n4a17.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

CNS. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.

CUBAS, M. R. et al. **A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 18, n. 4, [06 telas], Jul./Ago. 2010. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 11 set. 2018.

FÉLIX, N. D. C.; RAMOS, N.M.; NASCIMENTO, M. N. R.; MOREIRA, T. M. M.; OLIVEIRA, C. J. **Nursing diagnoses from ICNP® for people with metabolic syndrome.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(supl1):467-474, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700467&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out 2018.

GARCIA, T. R.; BARTZ, C. C.; COENEN, A. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira.** Porto Alegre: Artmed, 2015. 340 p., cap. 2.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):142-50.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem.** Colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **CIPE® versão 2013.** Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/ icnp/translations/ icnp-Brazil-Portuguese_translation.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Catalogues.** Disponível em: <<http://www.old.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/>>. Acesso em: 27 set. 2018.

LINS, T. H. et al. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®.** Rev. Eletr. Enf. [Internet], v. 15, n. 1, p. 34-43, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a04.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.

MATTEI, F. D. T. R. M.; MALUCELLI, A.; CUBAS, M. R. **Uma visão da produção científica internacional sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 823-831, dez. 2011.

NAEMT. **PHTLS: Prehospital Trauma Life Support.** 8. ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2016.

PIZZOLATO, A. C. **Construção de Instrumento do Registro de Enfermagem no Atendimento Móvel de Urgência em Curitiba – PR** [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. 2015. 137 p.

TAVARES, T. Y. et al. **The Daily Life of Nurses Who Work at the Mobile Emergency Care Service.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1466. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1466>. Acesso em: 20 set. 2018.

VARGAS, R. da S.; FRANÇA, F. C. de V. **Processo de Enfermagem aplicado a um portador de Cirrose Hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC.** Rev. bras. Enferm., Brasília, v. 60, n. 3, p. 348-352, maio/jun. 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672007000300020>. Acesso em: 22 set 2018.

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA HIPERTENSA: CUIDADO SISTEMATIZADO

Luiza Vieira Ferreira

Enfermeira, Mestra em Enfermagem pela
Universidade Federal de Juiz de Fora, Prefeitura
de Juiz de Fora, Departamento de Saúde Mental
Juiz de Fora - Minas Gerais

Mariana Galvão

Enfermeira, Mestra em Enfermagem pela
Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - Minas Gerais

Elenir Pereira de Paiva

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade
de Enfermagem
Juiz de Fora - Minas Gerais

Geovana Brandão Santana Almeida

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade
de Enfermagem
Juiz de Fora - Minas Gerais

Girlene Alves da Silva

Enfermeira, Pós doutora em Saúde Coletiva
pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade
de Enfermagem
Juiz de Fora - Minas Gerais

de doença crônica multifatorial. O enfermeiro utiliza a consulta de enfermagem como uma tecnologia do cuidado, sobretudo na sua prática profissional desenvolvida na Atenção Primária à Saúde. Este trabalho teve o objetivo de apresentar as contribuições para a formação profissional e o processo de cuidar pela consulta de enfermagem sistematizada junto às pessoas hipertensas. Estudo do tipo relato de experiência de caráter reflexivo acerca da consulta de enfermagem sistematizada prestada às pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde. Enquanto uma doença crônica, a hipertensão arterial deve ser controlada a fim de evitar complicações secundárias, fatores de risco como excesso de peso, tabagismo e o uso excessivo de álcool devem ser adequadamente abordados e controlados, ao longo do tratamento. Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária têm fundamental importância nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico e da conduta terapêutica, quer nos processos requeridos para informação e educação do usuário hipertenso para uma continuidade de tratamento que exige perseverança, motivação e educação continuada. Podemos inferir que a consulta de enfermagem sistematizada facilitará o processo de trabalho, oferecendo um cuidado embasado em evidências científicas e que levante as reais

RESUMO: A hipertensão arterial sistêmica é retratada como um problema de saúde pública e de amplitude global devido a sua condição

necessidades de saúde dos indivíduos, iluminando possibilidades de abordagens para mudanças de comportamento que busquem a adoção de hábitos mais saudáveis de estilo de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Processos de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT: Systemic arterial hypertension is portrayed as a public health problem and of global amplitude due to its multifactorial chronic disease condition. The nurse uses the nursing consultation as a technology of care, especially in her professional practice developed in Primary Health Care. This work had the objective of presenting the contributions to the professional formation and the process of caring for the systematized nursing consultation with the hypertensive people. A study of the type of reflexive experience report about the systematized nursing consultation given to people with systemic arterial hypertension in Primary Health Care. As a chronic disease, hypertension should be controlled in order to avoid secondary complications, risk factors such as overweight, smoking, and excessive alcohol use should be adequately addressed and controlled throughout the treatment. Health professionals working in Primary Care have fundamental importance in the strategies of hypertension control, both in the definition of the diagnosis and the therapeutic conduct, and in the processes required for information and education of the hypertensive user for a continuity of treatment that requires perseverance, motivation and continuing education. We can infer that the systematized nursing consultation will facilitate the work process, offering a care based on scientific evidence and raising the real health needs of the individuals, illuminating possibilities of approaches for behavior changes that seek the adoption of healthier habits of style of life.

KEYWORDS: Hypertension; Nursing Processes; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

As pessoas que procuram por atendimento nos Serviços de Saúde (SS) estão em busca de uma orientação quanto há um agravo à saúde já evidenciado ou, ainda, em busca de um esclarecimento quanto à uma possível dúvida. A busca pelo SS irá se alternar de acordo com os níveis de exclusão vivenciados pelos indivíduos em decorrência do processo histórico de desenvolvimento das políticas públicas que, porventura, irão acarretar em um prejuízo ao direito à saúde (Barros, 1996).

Um dos maiores desafios para o enfermeiro, está no fato de conseguir identificar as reais necessidades de cuidado da população e assim garantir o que é preconizado pelo art. 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação.”

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem se configura como uma prática decisiva que irá ser desenvolvida de forma sistematizada com o objetivo de oferecer

um cuidado à saúde pautado na qualidade da assistência. O cuidado de enfermagem se caracteriza como uma prática social e um componente fundamental no sistema de saúde, capaz de compreender os reflexos evidenciados a nível regional e nacional nos diferentes setores e contextos sociais que a população está inserida (Backes et al., 2012).

A consulta de enfermagem, uma atividade exercida privativamente pela enfermeira (Cofen, 1986) se configura como uma prática essencial do cuidado de enfermagem ao possibilitar que sejam realizadas avaliações contínuas pautadas no rigor crítico e científico do cuidado, permitindo desta forma uma compreensão ampla da assistência à saúde que deverá ser exercida pela equipe de enfermagem, além de facilitar a comunicação com os demais membros da equipe multidisciplinar (Sousa et al., 2015). A enfermeira utiliza a consulta de enfermagem como uma tecnologia do cuidado, sobretudo na sua prática profissional desenvolvida na Atenção Primária à Saúde (Dantas; Santos; Tourinho, 2016).

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são evidenciadas uma demanda crescente de pessoas que buscam por atendimento à saúde direcionado ao controle da pressão arterial em comparação aos demais agravos à saúde (Gomes; Silva; Santos, 2010). Desta forma, a enfermeira deverá realizar a consulta de enfermagem com base na execução do Processo de Enfermagem (PE) e na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por apresentar uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg nas pessoas que não fazem uso de fármacos anti-hipertensivos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

A HAS se caracteriza como um grave problema de saúde pública e de amplitude global devido a sua condição de doença crônica multifatorial (World Health Organization, 2013; Ibrahim; Damasceno, 2012).

2 | OBJETIVO

Apresentar as contribuições para a formação profissional e o processo de cuidar pela consulta de enfermagem sistematizada junto às pessoas hipertensas.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter reflexivo elaborado a partir da vivência de enfermeiras com relação às consultas de enfermagem realizadas na Unidade Básica de Saúde.

O cenário de desenvolvimento da disciplina escolhido foi uma Unidade Básica de

Saúde (UBS) que desenvolve o modelo de assistência à saúde pautado na Estratégia Saúde da Família (ESF). As consultas de enfermagem foram realizadas no primeiro semestre de 2017 com participação das enfermeiras mestrandas e dos alunos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A atividade constituiu-se da realização de consultas de enfermagem às pessoas hipertensas sendo pautadas na sistematização da assistência de enfermagem. Seguiu-se previamente um roteiro para a consulta de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde com relação a HAS (Brasil, 2013).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

As consultas de enfermagem foram realizadas em dias previamente marcados que eram destinados para o acompanhamento em grupo de hipertensos na referida UBS. No decorrer das consultas eram solicitadas informações aos usuários que dizem respeito ao histórico de enfermagem com o objetivo de obter informações sobre a pessoa, família e hábitos sociais. O diagnóstico de enfermagem era formulado com base na interpretação dos dados coletados previamente. Posteriormente, era realizado o planejamento de enfermagem que diz respeito a como se esperava alcançar os resultados e com base nas ações e intervenções que se seriam realizadas, que diz respeito a etapa da implementação. Por fim, era estipulado o modo como seria realizada a avaliação de enfermagem de forma contínua para determinar se as intervenções de enfermagem estavam alcançando o resultado esperado (Brasil, 2009).

Em alguns casos, durante as consultas, foram evidenciados que os usuários da UBS estavam cientes dos fatores de risco que acarretam no desenvolvimento da HAS, enquanto uma doença crônica, que deve ser controlada a fim de evitar complicações secundárias, fatores de risco como excesso de peso, tabagismo e o uso excessivo de álcool foram os mais pontuados pelos usuários durante as consultas.

Modificações de hábitos alimentares, como a redução do consumo de sódio e mudanças no estilo de vida, como o hábito da prática de atividades físicas, são ações que quando desenvolvidas de forma cotidiana, acarretam impactos positivos no dia a dia da pessoa hipertensa.

A consulta de enfermagem desenvolvida de forma sistematizada, resulta em um cuidado embasado em evidências científicas e trabalha as questões que dizem respeito a cada usuário em sua individualidade e complexidade associada às necessidades de saúde (Felipe et al., 2011).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve estar pautada em conhecimentos científicos e em ações estratégicas que contribuam para o desenvolvimento do cuidado e que viabilizem a tomada de decisão na escolha das intervenções de cuidado, subsidiando desta forma, o raciocínio clínico e crítico do enfermeiro (Pereira et al., 2016).

Estudo realizado por Felipe e colaboradores (2011) observou o desenvolvimento de 39 consultas de enfermagem que foram realizadas em UBS e identificaram pontos deficientes, dentre eles: anamnese, exame físico, observação de resultados de exames e fases do processo de enfermagem, assim como, as queixas principais que deixaram de ser discutidas apesar da importância para a compreensão do cuidado que poderia vir a ser desenvolvido.

A consulta de enfermagem deve ser realizadas com um olhar direcionado para a avaliação das necessidades de cuidado e, também, para o desenvolvimento de ações educativas que irão favorecer o engajamento do usuário no autocuidado, voltando-se, assim, para a promoção da saúde (Felipe et al., 2011).

Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária têm fundamental importância nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico e da conduta terapêutica, quer nos processos requeridos para informação e educação do usuário hipertenso para uma continuidade de tratamento que exige perseverança, motivação e educação continuada.

5 | CONCLUSÃO

Podemos inferir que a consulta de enfermagem sistematizada facilitará o processo de trabalho, oferecendo um cuidado embasado em evidências científicas e que levante as reais necessidades de saúde dos indivíduos, iluminando possibilidades de abordagens para mudanças de comportamento que busquem a adoção de hábitos mais saudáveis de estilo de vida.

REFERÊNCIAS

Backes, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

Barros, E. Política de saúde no Brasil: a universalidade tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-17, 1996.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 18 set. 2018.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 set. 2018.

Dantas, C. N.; Santos, V. E. P.; Tourinho, F. S. V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. e2800014, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2800014.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

Felipe, G. F. et al. Consulta de enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica. **Revista RENE**, v. 12, n. 2, p. 287-94, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a09v12n2.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

Gomes, T. J. O.; Silva, M. V. R.; Santos, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa hiperdia em uma unidade de saúde da família. **Rev Bras Hipertens**, v. 17, n. 3, p. 132-9, 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

Ibrahim, M. M.; Damasceno, A. Hypertension in developing countries. **Lancet**, v. 380, p. 9859, p. 611-9, 2012.

Pereira, M. G. et al. Liga acadêmica de sistematização da assistência de enfermagem: um relato de experiência. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Vila Mauricéia, v. 5, n. 1, p. 85-96, 2016. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/134/146>>. Acesso em: 15 set. 2018.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

Sousa, A. S. J. et al. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 102-107, 2015.

World Health Organization. Cardiovascular disease. **A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis**. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en. Acesso em: 15 set. 2018.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO DOMÍNIO ATIVIDADE/REPOUSO EM IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Adriana de Moraes Bezerra

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato - Ceará

Kelly Fernanda Silva Santana

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará

Maria Dayanne Luna Lucceti

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará

Antônio Germane Alves Pinto

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará

Célida Juliana de Oliveira

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará

Maria Corina Amaral Viana

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará

Natália Pinheiro Fabrício Formiga

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará

Naanda Kaanna Matos de Souza

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará

Natana de Moraes Ramos

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará

Nuno Damácio de Carvalho Félix

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Santo Antônio de Jesus – Bahia

Ana Carolina Ribeiro Tamboril

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará

RESUMO: Objetivou-se identificar os diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso da Taxonomia II da NANDA-I em pacientes idosos com hipertensão arterial. Estudo transversal quantitativo desenvolvido com uma amostra de 24 idosos com hipertensão que atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Foi utilizado um formulário contendo questões relativas às características sócio-demográficas e clínicas da clientela, além de perguntas referentes ao domínio atividade/repouso da taxonomia II da NANDA-I e um roteiro para exame físico. Os diagnósticos encontrados foram Padrão de sono prejudicado, Deambulação prejudicada, Insônia, Disposição para sono melhorado, Déficit no autocuidado para vestir-se, Fadiga e Mobilidade física prejudicada. Os achados mostram que a identificação dos diagnósticos favorece a implementação de intervenções específicas, contribuindo para a qualidade da assistência de enfermagem de forma integral a indivíduos com hipertensão arterial.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de Enfermagem; Hipertensão; Idoso.

ABSTRACT: The aim is to identify nursing diagnoses in Activity/Rest domain of NANDA-I Taxonomy II in elderly patients with arterial hypertension. Quantitative cross-sectional study developed with a sample of 24 elderly patients with hypertension who met the inclusion criteria of the study. We use a form containing questions regarding socio-demographic and clinical characteristics, questions regarding the Activity/Rest domain of NANDA-I Taxonomy II and a roadmap for physical examination. The diagnoses encounters were Disturbed sleep pattern, Impaired ambulation, Insomnia, Willingness to improved sleep, Self-care deficit dressing, Fatigue and Impaired physical mobility. The findings show that the identification of diagnostic favors the implementation of specific interventions, contributing to the quality of nursing care in full to individuals with arterial hypertension.

KEYWORDS: Nursing Diagnosis; Hypertension; Comprehensive Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve uma notável evolução da Enfermagem enquanto ciência, culminando em estudos contemporâneos, devido à crescente preocupação em explorar e justificar o cuidado como sendo a essência da profissão, a base do ensino e da prática de Enfermagem. Foi a partir de Florence Nightingale que toma lugar o paradigma científico na Enfermagem e, com ela, foi sistematizado um campo de conhecimentos, uma nova arte e nova ciência que enfatizava a necessidade de uma educação formal, organizada e científica dos seus agentes (SANTO; PORTO, 2006).

As primeiras tentativas de sistematizar os cuidados de enfermagem, no Brasil, foram propostas por Horta na década de 1970. Atualmente, o Processo de Enfermagem (PE) vem sendo amplamente estudado e aplicado nos serviços de saúde em todo o mundo. No Brasil, o modelo mais atual contém as seguintes fases: a) histórico de enfermagem, b) diagnóstico de enfermagem, c) planejamento, d) prescrição de enfermagem, e) avaliação (COFEN, 2009).

O diagnóstico de enfermagem (DE) é a segunda etapa do processo de enfermagem e pode ser considerado uma fonte de conhecimento científico para a profissão, tornando-se fundamental para o planejamento da assistência ao paciente (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Para elaborar o DE, é necessário realizar a coleta de dados, o exame físico e desenvolver o raciocínio clínico atencioso com base técnico-científica na Anatomia, Fisiologia, Fisiopatologia e grande habilidade com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), utilizando-se de um sistema de classificação de diagnósticos (AQUINO et al., 2011).

A identificação dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a classificação proposta pela NANDA-I, poderá trazer contribuições para a melhoria da qualidade da assistência, visto que podem direcionar os cuidados e fortalecer a atuação profissional nos aspectos relacionados às especificidades da Enfermagem (MARIN et al., 2012).

As doenças crônicas não transmissíveis e de ocorrência multifatorial são responsáveis por milhares de mortes todos os anos, tendo como destaques a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) (COSTA et al., 2012). Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (DBH, 2016). No Brasil, essa doença crônica afeta de 22 a 43,9% da população adulta, 2 a 13% da população de crianças e adolescentes e 50 a 75% da população idosa (DBH, 2016; BRASIL, 2006).

Considerando o aumento da taxa de prevalência da HAS na velhice, é importante destacar a relevância da abordagem integrada da mesma pelos profissionais da saúde, em especial os da enfermagem, que assistem os idosos no sentido de preveni-la, controlá-la e evitar complicações como a insuficiência cardíaca, o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal e a retinopatia hipertensiva (HERMIDA; SAE, 2011).

Desta forma, a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma necessidade verificada mundialmente, com vista à uniformização da comunicação entre os profissionais e a melhoria da qualidade da assistência oferecida, possibilitando facilitar, viabilizar e prestar de forma mais adequada o cuidado ao cliente idoso (FIGUEIREDO, 2008). A identificação dos diagnósticos de enfermagem fornece subsídios ao enfermeiro para a elaboração de um plano de cuidados individualizados. Assim, o presente estudo objetivou identificar os diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso da Taxonomia II da NANDA em pacientes idosos com hipertensão arterial.

2 | MÉTODO

Estudo do tipo transversal de abordagem quantitativa. Os participantes da pesquisa foram idosos com hipertensão arterial sistêmica cadastrados na Pastoral da Pessoa Idosa no município de Caucaia - Ceará. Os critérios de seleção utilizados foram: Ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; Estar cadastrados na Pastoral; Ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica associada ou não a outras alterações cardiovasculares.

Foram avaliados 24 (vinte e quatro) idosos, que estiveram presentes nos encontros grupais da Pastoral no período de agosto a dezembro de 2013. O instrumento de coleta de dados adotado na pesquisa foi elaborado com base em perguntas referentes ao domínio Atividade/Repouso da NANDA-I, abordando questões relacionadas ao sono e repouso dos idosos, atividade e exercício, equilíbrio de energia, respostas cardiovasculares e pulmonares manifestadas.

Por meio de entrevista e exame físico, as características sociais e clínicas pesquisadas foram idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, profissão, renda

familiar, tempo de diagnóstico da doença, número de medicações, peso (P), estatura (E), índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e circunferência do quadril (CQ).

O processo de elaboração e inferência dos diagnósticos de enfermagem seguiu as etapas preconizadas: coleta, interpretação/agrupamento das informações e nomeação das categorias (GORDON, 1994). Essa interpretação inclui processos de inferência, julgamento e argumentação. A última etapa foi a denominação das informações em categorias diagnósticas.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa *Epi Info* versão 7.1.1.14. A análise dos dados ocorreu mediante estatística descritiva, na qual as variáveis numéricas foram apresentadas em medidas de tendência central e de dispersão e as variáveis nominais foram analisadas por meio da frequência absoluta e percentual de incidência na população em estudo.

O desenvolvimento do estudo respeitou os princípios nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, obtendo aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob parecer nº 210/09, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL 2012). Todos os participantes foram informados sobre os objetivos estabelecidos, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e concordaram em participar voluntariamente do estudo, sendo garantido seu anonimato.

3 | RESULTADOS

No que se refere à caracterização dos participantes do estudo, a maioria era do sexo feminino. Pertinente ao estado civil e escolaridade o estudo mostra maioria dos entrevistados como indivíduos casados e com ensino fundamental incompleto.

A grande maioria dos entrevistados era composta por católicos. Todos os participantes eram aposentados e em relação à naturalidade, a maioria era natural da cidade de Caucaia/CE.

A média de idade dos pacientes idosos com hipertensão arterial foi 71,2 (DP=7,35). Já quanto à renda familiar, a maioria dos entrevistados tinha renda média composta por dois salários mínimos. A tabela a seguir aborda as características sociodemográficas:

Variável	f	%
Sexo		
Feminino	18	75,0
Masculino	6	25,0
Estado civil		
Casado (a)	15	62,5
Solteiro (a)	4	16,7
Viúvo (a)	4	16,7
Divorciado (a)	1	4,2

Escolaridade		
Analfabeto	3	12,5
Ensino fundamental incompleto	17	70,8
Ensino fundamental completo	2	8,3
Ensino médio completo	2	8,3
Religião		
Católico (a)	19	79,2
Não católico	5	20,8
Ocupação		
Aposentado (a)	24	100,0
Naturalidade		
Caucaia	16	66,7
Outros	8	33,3
Renda familiar		
1 salário mínimo	7	29,2
2 salários mínimos	15	62,5
Mais de dois salários mínimos	2	8,3
TOTAL	24	100,0

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados, quanto a características sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, religião, estado civil, ocupação, naturalidade e renda familiar). Caucaia, Ceará, Brasil, 2013.

Dentre os diagnósticos de enfermagem encontrados, verificou-se predominância do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono prejudicado, pertencente ao domínio atividade/repouso da NANDA, seguido de Deambulação prejudicada, Insônia, Disposição para sono melhorado, Déficit no autocuidado para vestir-se, Fadiga e Mobilidade física prejudicada (Quadro 1).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	F	%
Padrão de sono prejudicado	15	62,5
Deambulação prejudicada	13	54,2
Insônia	5	20,8
Disposição para sono melhorado	4	16,7
Déficit no autocuidado para vestir-se	4	16,7
Fadiga	2	8,3
Mobilidade física prejudicada	1	4,2

Quadro 1 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados nos entrevistados do estudo. Caucaia, 2013.

Em seguida, tem-se a distribuição dos diagnósticos identificados nos entrevistados do estudo por classes da NANDA-I (Quadro 2) e o Panorama geral dos diagnósticos de enfermagem, domínios e classes da NANDA-I identificados (Quadro 3).

CLASSES	f*	%**
Sono/repouso	24	17,3
Atividade/exercício	14	10,0
Autocuidado	4	2,9
Equilíbrio de energia	2	1,4

Quadro 2 – Distribuição dos diagnósticos identificados nos entrevistados do estudo por classes da NANDA-I. Caucaia, 2013.

*Frequência de ocorrência acumulada de todos os diagnósticos de cada domínio, encontrados na população em estudo.

**Porcentagem calculada sobre o número de diagnósticos diferentes encontrados.

DOMÍNIO 4: Atividade e repouso	Classe 1: Sono/repouso	- Padrão de sono prejudicado - Insônia - Disposição para sono melhorado
	Classe 2: Atividade/exercício	- Deambulação prejudicada - Mobilidade física prejudicada
	Classe 3: Equilíbrio de energia	- Fadiga
	Classe 5: Autocuidado	- Déficit no autocuidado para vestir-se

Quadro 3 – Panorama geral dos diagnósticos de enfermagem, domínios e classes da NANDA-I identificados nos entrevistados. Caucaia, Ceará, Brasil, 2013.

No concernente às características definidoras: Capacidade prejudicada de subir e descer calçadas, relato verbal de dor e insatisfação com o sono; comuns nos idosos com hipertensão arterial, estas estão relacionadas, respectivamente, com os diagnósticos de enfermagem de Atividade e repouso e Conforto.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	N	%*
Capacidade prejudicada de subir e descer calçadas	13	54,2
Relato verbal de dor	12	50,0
Insatisfação com o sono	10	41,7
Relatos de dificuldade para dormir	5	20,8
Relato de dificuldade para permanecer dormindo	5	20,8
Relata sentir-se descansado após dormir	4	16,7
Capacidade prejudicada de colocar itens de vestuário necessários	4	16,7
Capacidade prejudicada de tirar itens de vestuário necessários	4	16,7
História de quedas	3	12,5
Uso de bengala	2	8,3
Artrite	1	4,2

Quadro 4 – Características definidoras apresentadas pelos entrevistados do estudo. Caucaia, 2013.

*Porcentagem calculada sobre o número total de entrevistados que apresentaram diagnóstico.

Pode-se constatar que 62,5% dos idosos analisados apresentaram falta de controle do sono, em que podemos citar o uso de medicamentos por parte dos idosos da pesquisa, que podem alterar o padrão de sono (Quadro 5).

FATORES RELACIONADOS	N	%*
Falta de controle do sono	15	62,5
Incapacidade física crônica	12	50
Equilíbrio prejudicado	8	33,3
Cochilos frequentes durante o dia	5	20,8
Força muscular insuficiente	5	20,8
Dor	4	16,7
Condição física debilitada	2	8,3

Quadro 5 – Fatores relacionados apresentados pelos entrevistados do estudo. Caucaia, 2013.

* Porcentagem calculada sobre o número total de entrevistados que apresentaram diagnóstico.

4 | DISCUSSÃO

Em relação à variável sexo o presente estudo foi análogo a outro estudo, com população semelhante, que também revela maioria de participantes do sexo feminino (MARIN et al., 2012). Este predomínio do sexo feminino encontrado no estudo pode ser explicado pela predominância de mulheres na Pastoral. Pertinente ao estado civil e escolaridade o estudo foi também se assemelhou à outra pesquisa, mostrando maioria dos entrevistados como indivíduos casados e com ensino fundamental incompleto (MUNIZ FILHA, 2008) e, no que concerne a maioria dos entrevistados como católicos, justifica-se ao fato por se tratar o Brasil de um país de maioria católica.

Em relação à escolaridade, seu baixo nível é mais um componente que compromete o tratamento e o controle da hipertensão, pois dificulta a compreensão de informações em relação à doença arterial e sua terapêutica. Estudos epidemiológicos brasileiros demonstraram que a prevalência da hipertensão arterial entre idosos, assim como em todo o mundo, é elevada. No Brasil, essa doença crônica afeta cerca de 50 a 75% da população idosa (DBH, 2016).

Em relação à classe atividade/exercício, observa-se que a maior parte dos estudos se refere a mudanças de hábitos de vida. Os cuidados em relação à manutenção dos níveis pressóricos em condições ideais são requisitos indispensáveis para o indivíduo quando este possui uma doença crônica (LOPES et al., 2008).

Logo, o presente estudo mostra que as práticas não medicamentosas, como exercícios físicos e hábitos alimentares ainda são adotadas de forma incipiente pelas pessoas que possuem hipertensão, em decorrência da dificuldade que os mesmos possuem para modificar alguns hábitos que outrora geravam prazer, como, por exemplo, comer alimentos gordurosos e bem temperados e até mesmo o desconhecimento sobre a hipertensão arterial e ausência de sintomas que dificulta a adesão ao tratamento.

Desta forma, torna-se indispensável o papel educacional do enfermeiro junto ao idoso, no que se refere à orientação do autocuidado. Essa relação com idoso é fundamental para que ocorram as mudanças que colaboram na manutenção ou recuperação da saúde a partir do controle da saúde.

As quedas são mais frequentes nos idosos. Logo, esses, quando caem, correm mais riscos de lesões, tendo sua condição de saúde prejudicada e dificultando a prática de atividade física, que é uma estratégia eficaz para prevenir as quedas. A prática regular de atividade física minimiza, ainda, os declínios da capacidade funcional, que é necessária para que o idoso tenha uma vida independente e, conseqüentemente, uma melhor condição de saúde (MAZO et al., 2007).

No geral, o domínio quatro, referente à atividade/repouso apresentou um importante número de diagnósticos identificados. O mesmo pôde ser visto em outro estudo com pacientes idosos hipertensos, que também obteve maior número de diagnósticos de enfermagem identificados neste domínio (MUNIZ FILHA, 2007).

A dor, um dos fatores relacionados identificados, é uma das queixas mais frequentes entre os idosos. A alta frequência de dor está associada a desordens crônicas, particularmente as doenças músculo-esqueléticas como artrites e osteoporoses (MAZO et al., 2007). A dor é citada também como um importante fator que altera a qualidade do sono e a prevalência da dificuldade para adormecer ocasionada pela sensibilidade aumentada pela dor encontrada por esses autores foi semelhante ao estudo, onde a característica definidora Relato verbal de dor também esteve presente em 50% dos indivíduos (AQUINO et al., 2011).

Em relação à falta de controle do sono, presente em 62,5% dos pacientes, podemos citar o uso de medicamentos por parte dos idosos da pesquisa, que podem alterar o padrão de sono. Alguns medicamentos, como captopril, clonazepan, hidroclorotiazida, cinarizina, flunarizina são drogas que podem provocar a hipotensão postural, sonolência, tonturas, necessidade de urinar com maior frequência, dentre outros efeitos, que podem propiciar quedas e prejudicar o padrão de sono (HAMRA; RIBEIRO; MIGUEL, 2007).

Outro estudo com idosos mostra que a diminuição da força muscular afeta a capacidade laboral, a atividade motora e a adaptabilidade ao ambiente, contribuindo para que ocorram instabilidades e quedas em indivíduos. É consenso na literatura os benefícios fisiológicos advindos com a prática de atividade física, incluindo ganhos de força muscular, melhora do equilíbrio, e do desempenho da marcha, aumento da flexibilidade e do VO_2 máximo, proporcionando, assim, uma maior independência aos idosos para realizar suas atividades de vida diária. Também é de consenso os seus benefícios psicológicos, tais como, melhora da autoestima e da confiança, repercutindo numa melhora da qualidade de vida (MENEZES; BACHION, 2008).

5 | CONCLUSÃO

Os achados desse estudo permitiram conhecer a realidade dos idosos com hipertensão arterial e identificar os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras e seus fatores relacionados.

Este trabalho contribui para o planejamento das ações de enfermagem e avaliação dos resultados junto à população idosa. A partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem o enfermeiro terá subsídios para a elaboração de um plano de cuidados mais específico, principalmente para o paciente idoso com hipertensão arterial sistêmica, a fim de obter resultados efetivos, adesão ao regime terapêutico e prevenção de complicações, pois o DE e as intervenções, quando interligados, permitem melhor solução para o problema levantado, facilitando a conduta de enfermagem e mantendo assistência individualizada.

É válido ressaltar que as taxonomias de enfermagem, entre elas a NANDA-I, NIC e NOC, oferecem uma série de escolhas, mantendo a autonomia do enfermeiro na escolha da melhor conduta para o cliente idoso.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F.; **Mensuração da dor no idoso: uma revisão.** Rev Lat Am Enferm. n.2, v.14; p.271-276, 2006.

AQUINO, R. D.; FONSECA, S. M.; LOURENÇO, E. P. L.; LEITE, A. L.; BETTENCOURT, A. R. C. **Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia.** Acta Paul Enferm. n.2, v.24, p.192-198, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho nacional de Saúde. Resolução n.466, de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006:58.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 358/2009.** Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implantação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. [citado 2009 out 15] Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.

COSTA, J. V.; SILVA, A. R. V.; MOURA, I. H.; CARVALHO, R. B. N.; BERNARDES, L. E.; ALMEIDA, P. C. **Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. n.2, v.20, p.3, 2012.

DBH. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**, VI. Rev. Bras. Hipertens. 2016; n.3, v.107.

FIGUEIREDO, M. L. F.; LUZ, M. H. B. A.; BRITO, C. M. S.; SOUSA, S. N. S.; SILVA, D. R. S. **Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio.** Rev Bras Enferm. n.4, v.61, p.464-469. 2008

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application.** 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994

HAMRA, A; RIBEIRO, M. B; MIGUEL, O. F. **Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos.** Acta Ortop Bras. n.3, v.15, p.143-145, 2007.

HERMIDA, P. M. V.; SAE, M. C. S. F. **A produção do conhecimento sobre idosos e hipertensão arterial: desvelando os caminhos da Enfermagem.** Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. n.1, v.15, p.223-241, 2011.

LOPES, M. C. L; CARREIRA, L; MARCON, A. C. S; WAIDMAN, M. A. P. **O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico.** Revista Eletrônica de Enfermagem. n.1, v.10, p.198-211, 2008.

MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, L. C. R.; DRUZIAN, S.; CECÍLIO, L. C. O. **Diagnósticos de Enfermagem de Idosos que utilizam múltiplos medicamentos.** Rev Esc Enferm USP. n.1, v.44, p.47-52, 2012.

MAZO, G. Z; LIPOSCKI, D. B, ANANDA, C; PREVÊ, D. **Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos.** Rev. bras. fisioter. n.6, v.11, p.437-442, 2007.

MENEZES, R. L; BACHION, M. M. **Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados.** Ciência e Saúde Coletiva. n.4, v.13, p.1209-1218, 2008.

MUNIZ FILHA, M. J. M. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com complicações da hipertensão arterial internados em unidade de terapia intensiva coronariana.** 2007. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem.** Acta Paul Enferm. n.4, v.22, p. 434-438, 2009.

SANTO, F. H. E.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. Esc. Anna Nery. n.3, v.10, 2006.

A ENFERMAGEM FRENTE AO CONTROLE DA SÍFILIS: UM DESAFIO PARA O TERCEIRO MILÊNIO

Mariana Dresch de Oliveira

Acadêmica do Curso de Enfermagem da
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Campo Grande – MS

Letícia Pereira de Barros

Acadêmica da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Campo Grande – MS

Margarete Knoch

Professora associada do Curso de Enfermagem
da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Campo Grande – MS

RESUMO: Introdução: A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum* e um grave problema de saúde pública. Apesar do seu diagnóstico e tratamento serem considerados de baixa complexidade, a não-adesão ao tratamento mostra-se como uma questão a ser analisada e debatida. **Objetivo:** Analisar os fatores que interferem no controle da sífilis na atenção básica de saúde. **Métodos:** Análise crítica de uma experiência realizada durante o módulo Vigilância em Saúde do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, em 2017, em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Campo Grande/MS. O foco foi a atenção prestada às famílias com casos de sífilis adquirida, gestacional e/ou congênita,

principalmente de descontinuidade do tratamento. **Desenvolvimento e Resultados:** As dificuldades encontradas foram: moradores residentes em locais distantes da unidade de saúde e sem transporte público; pouca adesão dos parceiros para realização de exames; horário de funcionamento da unidade limitado para os trabalhadores; insuficiente suporte laboratorial para os exames; falta de medicação específica Penicilina benzatina. Além disso, há relatos do tratamento ser doloroso, pouco conhecimento sobre as doenças, baixa escolaridade e nível socioeconômico, abordagem multiprofissional insuficiente para o acompanhamento das famílias e assistência ao pré-natal prejudicada. **Conclusão:** A problemática da não adesão ao tratamento da sífilis aponta para a necessidade de uma abordagem mais ampla e efetiva com a implementação de estratégias para fortalecimento de vínculo, assistência curativa mais resolutiva e acompanhamento das famílias.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em Saúde, Doenças negligenciadas, Sífilis.

1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, de natureza sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, microrganismo de característica espiralada, fina e de baixa

resistência ao meio ambiente (CAVALCANTE et. al, 2012).

A infecção é classificada de acordo com suas distintas formas de transmissão, sendo a sífilis adquirida aquela transmitida, predominantemente, via sexual e se não tratada adequadamente, a doença pode evoluir para as seguintes fases: primária, secundária ou terciária (CAVALCANTE et. al, 2012). Em situações que a pessoa está gestante é classificada como sífilis gestacional, podendo ocorrer a infecção do feto e o recém-nascido apresentar a sífilis congênita. É válido ressaltar a importância do tratamento de sífilis em todas as classificações, mas a gestacional pode causar maiores problemas de saúde na mãe e no feto, pois além do risco de aborto espontâneo, ela pode transmitir para o feto, via transplacentária ou na hora do parto, pelo contato do feto com o canal de parto.

A sífilis congênita pode evoluir para graves complicações neurológicas, cardíacas, auditivas e outras doenças nas crianças. No Brasil, a taxa de mortalidade de sífilis congênita é de 40%, o que precisa ser reduzido (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

Na sífilis primária, assim como em outras doenças, há o período de incubação após a infecção. A primeira manifestação da sífilis adquirida (recente) é o surgimento de erosão ou úlcera denominada “cancro duro”, esta lesão é indolor e depois de algum tempo desaparece. Em mulheres a observação do cancro é dificultada, pois ele pode surgir intravaginal, então outras ações terão que ser realizadas para o rastreamento da infecção. Geralmente, do cancro duro surge dentro de uma média de três semanas após a transmissão, podendo durar de 2 a 6 semanas. (BRASIL, 2015)

A fase secundária é marcada pelo aparecimento de lesões cutâneas por todo o corpo, caracterizada por um período de latência com duração de anos. Já a fase terciária ocorre após vários anos da infecção inicial e compreende, por exemplo, as formas nervosa, cutânea e cardiovascular da doença.

Dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2017), revelam que em 2013 foram notificados em Campo Grande- MS, 8 casos de sífilis gestacional primária, secundária, terciária e latente em adolescentes de 15 a 19 anos de idade. No mesmo ano, foram notificados 82 casos de recém-nascidos até 6 dias de vida com diagnóstico de sífilis congênita, 4 casos de 7 a 27 dias de vida e mais 4 casos de 27 dias de vida até menos de 1 ano de idade, totalizando 90 casos confirmados de sífilis congênita na capital do estado de Mato Grosso do Sul.

A sífilis é classificada como uma das doenças negligenciadas, que de acordo com Valverde (2018) são doenças infecciosas ou parasitárias endêmicas em população com baixo nível socioeconômico, é um grave problema de saúde pública. Apesar de dispor de diagnóstico e tratamento estabelecido em protocolos assistenciais, com custo relativamente baixo, o diagnóstico ainda é tardio, há subnotificação, e principalmente baixa adesão ao tratamento completo. É um agravo incluído na área da saúde nos Objetivos Sustentáveis de Desenvolvimento do Milênio (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Em 2015, cerca de 150 líderes mundiais se reuniram para desenvolver objetivos globais para um desenvolvimento sustentável até 2030. Nesta ocasião, foram

elaborados 17 objetivos com 169 metas integradas e indivisíveis que equilibram as três dimensões para o desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental, o propósito é possibilitar boa qualidade de vida para as pessoas a fim de desfrutar dos recursos ambientais, sociais e econômicos de forma sustentável e equilibrada (ONU, 2015).

O êxito dos objetivos ocorrerá com o esforço em conjunto dos Estados para a erradicação da pobreza extrema, oferta de saúde e educação de qualidade em todos os níveis de ensino. Também serão realizadas ações para preservação da natureza, visto que, cada vez mais desastres naturais estão acontecendo em decorrência do esgotamento e degradação dos recursos ambientais, que implicam diretamente na falha para o desenvolvimento econômico e social (ONU, 2015).

Após o ano de 2015, além de se manter como prioridade, os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, ressaltam os direitos humanos como princípios fundamentais, fortalecendo o sistema de saúde e dando maior atenção ao ser humano como um ser integral, cuidando da saúde mental, da nutrição, da adolescência, da saúde sexual e reprodutiva (MENDES; VENTURA, 2017).

A fim de possibilitar o acesso da população para uma condição de vida digna e de qualidade, de maneira pacífica e inclusiva, buscando o desenvolvimento global e cooperação vantajosa para todos sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra condição física ou social. (ONU, 2015)

O objetivo do presente estudo é analisar os fatores que interferem no controle da sífilis na atenção básica de saúde

2 | MÉTODOS E DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma análise crítica de uma experiência realizada durante o módulo Vigilância em Saúde do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, em 2017, em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Campo Grande/MS. O foco foi a atenção prestada às famílias com casos de sífilis adquirida, gestacional e/ou congênita, principalmente de descontinuidade do tratamento. Nesta análise a noção de vulnerabilidade foi adotada para compreender o conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, bem como a maior ou menor disponibilidade de recursos para o seu enfrentamento (AYRES ET AL, 2006).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Portanto, a análise da vulnerabilidade compreende a dimensão individual, coletiva e programática, que são interdependentes entre si. A dimensão individual analisa os aspectos próprios do modo de vida das pessoas, que podem ou não contribuir a exposição da doença. A dimensão social representa os processos sociais

como acesso a informação e o seu significado ante os valores e interesses das pessoas e as possibilidades efetivas de implementação na prática. Inclui também as relações de gênero, raciais, geracionais, culturais e as crenças e valores. A dimensão programática ou institucional busca avaliar as circunstâncias nas quais as instituições como de saúde, educação, bem estar social e cultura são elementos que reproduzem ou transformam as situações de vulnerabilidade (AYRES et al, 2006).

Um dos maiores problemas para a efetivação dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) estão relacionadas a saúde materna, neonatal e infantil e à saúde reprodutiva. Dois dos 8 objetivos do milênio estão relacionados com a redução da mortalidade materna e infantil. Por isso, foram propostos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para realizar uma abordagem inovadora, focada e ampliada, a fim de alcançar a todos. Dessa forma, até 2030, a Organização das Nações Unidas (ONU) pretende oferecer para todos informações, planejamentos e educação na área de saúde reprodutiva (ONU, 2015).

Em todo mundo, 1,4 milhão de gestantes foram infectadas com sífilis, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), destas, 80% haviam frequentado o serviço de pré-natais. A sífilis congênita e gestacional são doenças de notificação compulsória e apresentam 40% de taxa de mortalidade quando é congênita (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

A sífilis tem sido relacionada também ao baixo nível socioeconômico. Magalhães et.al (2013), afirmam que é possível observar o fato da baixa escolaridade e baixa renda serem marcadores importantes na questão do pouco acesso aos serviços de saúde, como foi possível observar na análise da família em estudo. O Ministério da Saúde ressalta que o nível de instrução dos indivíduos pode ter efeito na percepção dos problemas de saúde e na capacidade de entendimento das informações nessa área, como também na adesão aos procedimentos terapêuticos. É descrito ainda que os usuários dos serviços de saúde devem ser conscientizados pela equipe de que a prevenção e o tratamento podem resultar em benefícios importantes para a saúde (BRASIL,2015).

Outra barreira aliada à dificuldade financeira que pode impedir a continuidade do tratamento, é a locomoção prejudicada. No caso do estudo realizado, infelizmente, a unidade de saúde da região da família em análise não consta com um setor de infectologia especializado, o que faz com que a família tenha dificuldade em deslocar-se aos serviços especializados. Além disso, há falta de exames diagnósticos e de acompanhamento da infecção.

Vale destacar também a dificuldade de acesso ao medicamento em tempo hábil. Ressalta-se, a importância da equipe multiprofissional no incentivo à família neste fase de tratamento, pois as dificuldades encontradas podem acarretar na desistência do tratamento. Em suma, a problemática da adesão ao tratamento da sífilis deve ser vista como um ponto a ser revisto por toda a rede de atenção a saúde, buscando novas estratégias a fim de garantir uma qualidade de vida ao usuário.

Embora o pré-natal seja importante para a prevenção da transmissão vertical da sífilis, muitos profissionais envolvidos nesse processo, desconhecem a necessidade de se iniciar o tratamento imediatamente e convocar os parceiros sexuais (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

Para A Valleira e Bottino (2006), é de grande importância também o manejo clínico adequado da gestante e seu parceiro, incluindo o aconselhamento sobre a doença e formas de prevenção. A sífilis em gestantes, quando tratada inadequadamente, pode acarretar efeitos adversos para o conceito como abortamento, prematuridade e óbito. Ressalta-se, a importância da equipe multiprofissional no aconselhamento e suporte à família neste processo de adoecimento.

Um ponto observado também em nosso estudo e condizente com o que afirma Cavalcanti et.al (2012), quanto a não aderência do parceiro ao tratamento. Os parceiros, muitas vezes, ainda possuem a concepção de serem saudáveis, imunes a qualquer doença. Assim sendo, não acompanham suas parceiras nas consultas às unidades de saúde, o que dificulta o tratamento do casal em tempo hábil, ocorrendo, muitas vezes, casos de sífilis congênita.

Magalhães et.al (2013) salientam que embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconize o número mínimo de 6 consultas durante o pré-natal, observamos em nosso estudo que, infelizmente, a realidade ainda não condiz com o número preconizado. Por isso, estratégias inovadoras no campo da saúde são necessárias na assistência ao pré-natal visando à garantia do diagnóstico da doença durante a gestação no menor prazo possível, permitindo o tratamento antes da 24^a à 28^a semana gestacional, quando este é mais efetivo para o feto.

A assistência por parte da equipe de saúde deve ser realizada de forma integral, abordando desde o histórico de enfermagem e as orientações sobre a doença até os esclarecimentos para a gestante e parceiro sexual, visto que tal mecanismo é um fator favorável para o desenvolvimento de ações voltadas para a redução da sífilis (ALMEIDA, LINDOLFO, ALCÂNTARA, 2009).

Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram criados para fortalecer os ODM, pois mesmo com evoluções positivas nos cenários, ainda há desequilíbrio e desigualdade em muitos países em desenvolvimento. Neste sentido, os ODS reforçam os seguintes tópicos sobre saúde materno-infantil:

3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos

3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos

Quanto ao tratamento da sífilis, percebe-se que é necessário, na grande maioria das vezes, tempo e empenho dos seus portadores, uma vez que o tratamento é geralmente doloroso e, dependendo dos casos, prolongado, levando algumas pessoas

a apresentarem dificuldades em prosseguir o tratamento (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis tem sido relacionada também ao baixo nível socioeconômico. Magalhães et.al (2013), afirmam que é possível observar o fato da baixa escolaridade e baixa renda serem marcadores importantes na questão do pouco acesso aos serviços de saúde, visto que o nível de instrução dos indivíduos pode ter efeito na percepção dos problemas de saúde e na capacidade de entendimento das informações nessa área, assim como na adesão aos procedimentos terapêuticos.

Em suma, a problemática da adesão ao tratamento da sífilis deve ser vista como um ponto a ser revisto em todos os pontos da rede de atenção a saúde, buscando novas estratégias a fim de garantir uma qualidade de vida ao usuário.

4 | CONCLUSÃO

A questão da problemática na adesão ao tratamento para sífilis envolve um amplo conjunto de fatores. Por isso, é preciso que o profissional de saúde tenha consciência dos desafios a serem enfrentados e os passos para se obter as mudanças necessárias

A falta de adequada assistência ao pré-natal influencia no aumento do número de casos de sífilis congênita. Por isso, é preciso que a equipe multiprofissional esteja habilitada para acompanhar de perto as mães que realizam um pré-natal inadequado, além de incluir a participação ativa do parceiro neste contexto.

O baixo nível socioeconômico, educacional e idade são os fatores que podem interferir nos casos de sífilis, conforme evidenciado pela literatura científica e observado no decorrer de nossa experiência. Por isso, é preciso inserir estratégias de educação em saúde que contemple a todos e que possa sensibiliza-los a respeito da importância da aderência ao tratamento e acompanhamento dos envolvidos nesse processo.

É necessário que ocorra a aplicação dos conhecimentos sobre a sífilis e seu tratamento, assim como a ampliação da atuação profissional para o conjunto de fatores que interferem na adesão ao tratamento.

Nesta perspectiva, a sífilis, sem dúvidas, deve ser tratada como um desafio prioritário por parte de todos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. C; LINDOLFO, L. C; ALCÂNTARA, K. C. **Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil**. Revista Brasileira de Análises Clínicas, v. 41, n. 3, p. 181-184. 2009.

AVELLEIRA, J. C. R. e BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. An. Bras. Dermatologia. 2006, vol.81, n.2. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>>. Acesso em: 12 set. 2018

AYRES, J. R. C. M. et al Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In:

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 375-418, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (Org.). **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 54 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 122 p.

CAVALCANTE, A.E.S; SILVA M.A.M; RODRIGUES, A.R.M; MOURÃO NETTO; J.J, MOREIRA A.C.A; GOYANNA, N.F. **Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará**. Jornal. Brasileiro. Doenças Sexualmente Transmissíveis, n. 24, vol.4, p.239-245, 2012.

DATASUS. Sífilis em gestante – casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação, Mato Grosso do Sul. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/sifi/lsgestantesms.def> Acesso em: 20 mar. 2017

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. **Intervenção educacional na atenção básica para a prevenção da sífilis congênita**. Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, v. 25, p.2-8, 30 jan. 2017.

MAGALHÃES, D.M.S; KAWAGUCHI, I. A. L; DIAS, A e CALDERON, I. M. P. **Sífilis Materna e Congênita: ainda um desafio**. Cad. Saúde Pública. 2013, vol.29, n.6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 set 2018

MENDES, I.A.C, VENTURA, C.A.A. **Protagonismo da enfermagem nas metas da ONU para a saúde dos povos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017, n. 25. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02864.pdf> Acesso em: 14 set. 2018

Organização das Nações Unidas - ONU. Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>>. Acesso em: 12 set. 2018

Organização das Nações Unidas - ONU. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 12 set. 2018

VALVERDE, Ricardo. **Doenças Negligenciadas**. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>>. Acesso em: 19 set. 2018.

MULHER SORODISCORDANTE PARA HIV E AS DIFICULDADES DA ENFERMAGEM PARA TRAÇAR PLANOS DE CUIDADOS ME DIANTE A VONTADE DE ENGRAVIDAR

Ezequias Paes Lopes

Faculdade Pan-Amazônica-FAPAN

Belém-Pará

Eimar Neri de Oliveira Junior

Faculdade Metropolitana da Amazônia-FAMAZ

Belém-Pará

Ana Paula Lobo Trindade

Universidade Federal do Pará

Belém-Pará

Angela Maria dos Santos Figueiredo

Faculdade Pan-Amazônica-FAPAN

Belém-Pará

Rosilene Cunha de Oliveira

Universidade do Estado do Pará-UEPA

Silviane Hellen Ribeiro da Silva

Faculdade Pan-Amazônica-FAPAN

Belém-Pa

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Em nossa vivência diária da assistência de enfermagem prestada para pessoas portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV), nos deparamos com casos de grande relevância científica para o meio da enfermagem. A assistência de enfermagem prestada para uma mulher, onde seu esposo é portador do HIV, em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), quanto ao planejamento familiar para esta mulher poder engravidar. **OBJETIVO:** Relatar as dificuldades

da enfermagem para traçar planos de cuidados me diante aos direitos reprodutivos de pessoas portadoras do HIV.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, o estudo foi realizado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) localizado na região metropolitana de Belém, a partir dos preceitos de Charles Maguerez, utilizou-se a metodologia da problematização.

RESULTADO: A experiência proporcionou aos autores a comprovação da importância das ações de Educação em Saúde com o objetivo de promover a saúde com excelência em sua essência. Portanto, acredita-se que as ações de educação em saúde devam ser executadas nos mais diversos cenários, até mesmo nas unidades básicas de saúde, que são ambientes que atendem um público variado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir da revisão da literatura, possível perceber a importância de se repensar os cuidados para com casais sorodiscordantes e discutir na atenção básica os direitos sexuais e reprodutivos que os mesmo são possuidores. Uma vez que esse despertar para a pesquisa e o exercício do pensamento crítico são fundamentais para a formação de um profissional capacitado. Além disso, a experiência vivenciada na prática foi o maior incentivo para aprofundar-se no tema e buscar soluções para os problemas identificados e assim poder orientar o casal de que a gravidez

era possível sim.

PALAVRAS CHAVES: Assistência de Enfermagem; Sorodiscordantes; Gravidez.

ABSTRACT: INTRODUCTION: In our daily experience of the care provided to people with human immunodeficiency virus (HIV), with cases of great scientific relevance to the medium of therapy. Nursing care provided to a woman, where she is spied by HIV, is a health strategy for a woman to become pregnant. **OBJECTIVE:** to report nursing situations to plan reproductive rights for people with HIV. **METHODOLOGY:** This is a descriptive, experience-based study. The study was carried out in a family health series (FHS) located in the metropolitan area of Belém, based on the assumptions of Charles Maguerez. problem-solving methodology. **RESULT:** An experience with the self-assessment of health education actions to promote health with the utmost importance in its essence. Therefore, it is believed that health education actions should be implemented in the current scenarios, although the basic health needs, which are environments that serve a varied public. **FINAL CONSIDERATIONS:** From the literature review, it is possible that it is rethought and careful with the serodiscordant and deep pairs to be heard and reproduced with the same are possessors. Since the awakening to the research and the exercise of critical thinking are fundamental to the formation of a trained professional. In addition, a practical experience was the greatest incentive for the deepening of the theme and the search for solutions to the problems identified and thus be able to guide the couple of a possible research season yes.

KEYWORDS: Nursing care; Sorodiscordants; Pregnancy.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Rahangdale et al. (2013), os direitos reprodutivos para casais sorodiscordantes são os mesmos para as pessoas não infectadas pelo vírus. Todavia, tal temática é muitas vezes silenciada e negligenciada pelos profissionais de saúde, justificando tais ações em valores morais e de estigmas. Entretanto, para a atenção integral à saúde no campo dos direitos sexuais e reprodutivos aos casais sorodiscordantes, é indispensável incluir discussão quanto à decisão de ter filhos, uma vez que implica na composição familiar (REIS, NEVES e GIR, 2013).

Portanto, entende que os serviços de saúde têm como compromisso o atendimento para mulheres que vivem com HIV, isso inclui seu parceiro e família, principalmente no período gravídico puerperal (BRASIL, 2011). Uma vez que os investimentos demandados para a qualificação profissional e de acesso aos serviços de saúde, só vem refletir a importância de relações estabelecidas entre o profissional de saúde e o paciente, o qual se mostra capaz de acarretar benefícios ao seguimento terapêutico, prevenção de agravos e qualidade de vida (COSTA, OLIVEIRA e FORMOZO, 2015).

Portanto, as discussões que envolvam o direito reprodutivo e o HIV podem ser consideradas a partir da utilização de biotecnologias, por meio da reprodução humana assistida e a reprodução entre casais heterossexuais e homossexuais, sendo estes

decorrentes dos novos conceitos familiares, onde essas possibilidades, vinculada à gestação na condição de um dos conjugues ou ambos serem infectados pelo HIV, refletem o quanto a atenção voltada à saúde reprodutiva desse casal, merece um cuidado sistematizado (LANGENDORF, PADOIN e VIEIRA, 2011).

Considerando que o cuidado à saúde de indivíduos vivendo e convivendo com o HIV, é importante ressaltar as práticas do cuidar em enfermagem que devem garantir a promoção de uma atenção à saúde pautada no acesso universal, na longitudinalidade e na integralidade do cuidado prestado para essa população em questão (ROCHA et al. 2015).

Levando em consideração as características do HIV, e a falta de informação, junto com a necessidade de qualificação que sensibilizem os profissionais enfermeiros para uma busca ativa pelo conhecimento, com vistas ao fortalecimento da autonomia profissional e a qualidade do cuidado (SANT'ANNA, SEIDL, GALINKIN, 2008). A gestação com diagnóstico de HIV evidencia a relevância da atuação do enfermeiro qualificado para além da profilaxia da transmissão vertical do vírus, contemplando aspectos emocionais e sociais, vislumbrando a integralidade (MAIA, GUILHEM, FREITAS, 2008).

Destaca-se que a reprodução na situação de sorodiscordância se refere aos casais em que apenas um dos parceiros é soropositivo. Essa situação aponta desafios: no plano social, no que diz respeito à conjugalidade, uma vez que o/a parceiro/a negativo/a está exposto/a à infecção pelo HIV; e no plano da atenção à saúde do casal no que se refere ao planejamento reprodutivo. Esses casais, por vezes, não acessam os serviços de saúde por medo de serem julgados. Uma ferramenta na atenção reprodutiva a esses casais é o aconselhamento (GINGELMAIER et al. 2011; REIS, NEVES, GIR, 2013), inclusive para o cuidado de enfermagem na atenção às suas necessidades e demandas reprodutivas.

Os serviços de saúde têm o compromisso de atender às demandas de mulheres que vivem com HIV, seus parceiros e famílias, especialmente no período gravídico puerperal (BRASIL, 2011). Os investimentos de qualificação profissional e de acesso aos serviços de saúde refletem a importância das relações estabelecidas entre o profissional de saúde e a PVH, a qual é capaz de acarretar benefícios ao seguimento terapêutico, prevenção de agravos e qualidade de vida (COSTA, OLIVEIRA, FORMOZO, 2015).

Nesse panorama, a consulta de enfermagem representa uma intervenção eficaz, evidenciando a relevância da relação estabelecida nessa ação capaz de promover a saúde. E para que isso ocorra, o profissional deve fazer prevalecer as individualidades do usuário por meio da escuta, a qual se mostra como uma potencialidade na atenção à PVH, pois permite que esta expresse seus sentimentos e contribui para que o cuidado prestado seja aproximado à necessidade de cada indivíduo (MENEZES, 2007). Tais características de atuação do enfermeiro são convergentes ao repensar a valorização da intersubjetividade nessa relação entre quem cuida e quem é cuidado (GALVÃO,

SILVA, MATOS, 2010).

Partindo dessa premissa, teve-se como objetivo discutir o desejo de engravidar de um casal heterossexual diante da situação de sorodiscordância para HIV na perspectiva da construção de cuidado sistematizado de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado na vivência de uma acadêmica de enfermagem e enfermeiros, da região metropolitana de Belém-Pa. Quanto à escolha em relatar a experiência, esta, ocorreu uma vez que possibilita descrever a vivência com base na interpretação e objetividade na fundamentação teórica. A experiência foi vivenciada durante as atividades curriculares práticas do componente curricular Enfermagem em saúde coletiva, ocorrido no período de 02 a 27 de abril de 2018.

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde, localizado na região metropolitana de Belém, no Estado do Pará. O público-alvo do estudo foi um casal sosodiscordante para HIV e enfermeiros que trabalham na UBS, atuantes no período da manhã.

Seguindo os preceitos proposto por Charles Maguerez, utilizou-se como ferramenta a metodologia da problematização, constituída de cinco etapas (MITRE et. al., 2008).

A primeira etapa correspondeu à observação da realidade e a definição do problema. Para tanto, e tendo em vista o cuidado à saúde das pessoas vivendo com HIV, é de grande relevância destacar as práticas do cuidar de enfermagem, o qual deve primar pela promoção de uma atenção à saúde pautada no acesso universal, e na integralidade do cuidado (SILVA, ALVARENGA, AYRES, 2006), onde foi possível observar a realidade e definir o tema para ser trabalhado junto ao casal e os enfermeiros.

Já na segunda etapa, realizou-se o levantamento dos pontos-chave, no qual se iniciou uma reflexão sobre os possíveis fatores de risco para a possível gravidez desse casal e o que a gravidez apresentava para eles. Segundo Sant'Anna, Seidl e Galinkin (2008), atentar para a compreensão de como as escolhas reprodutivas se dão na realidade conjugal entre pessoas com sorologias diferentes, torna-se esta um desafio, onde deve ser discutido na esfera do casal e não somente nos serviços de saúde ou com o enfermeiro. Portanto, nessa etapa avaliou-se: tempo que o casal tem de matrimônio, período que convivem com o HIV; regularidade quanto ao tratamento e o uso dos retrovirais e qual o tempo; o tempo que o desejo pela gravidez foi despertado; se o desejo era do casal ou só de um deles; se o casal já havia sido esclarecido quanto aos riscos e restrições quanto à gestação.

Na teorização que compõe a terceira etapa, foi o momento de buscar respostas mais elaboradas para os problemas encontrados, com base nas informações

fundamentadas em estudos científicos, partindo que a saúde é direito de todos, garantindo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), esse sistema permitiu se estruturar um programa com acesso universal à prevenção, ao tratamento e ao cuidado à saúde em todas as suas dimensões (BRASIL, 2015). De acordo com Guimarães, Ferraz; Carvalho, Galvão (2002; 2008), a AIDS “é uma doença estigmatizante e traz consigo uma série de repercussões negativas na vida de quem vive com o HIV, o que é extensivo as suas famílias”. Vivenciar a experiência da maternidade está fortemente impregnado em nossa cultura, sendo um traço constitutivo da identidade feminina (SILVA, ALVARENGA, AYRES, 2006).

Na quarta etapa, levantaram-se as hipóteses de solução, por meio do conteúdo pesquisado. A hipótese encontrada como medida de solução foi à realização de uma atividade educativa, com o casal sobre os riscos que a gravidez oferece para o feto no caso de uma possível contaminação da mãe, e intervenções sistematizadas, voltadas para a prevenção.

A quinta e última etapa do Arco de Charles Maguerez corresponde à intervenção sobre a realidade, com o objetivo de solucionar o problema identificado. Dessa forma, como ferramenta de apoio, o grupo elaborou um folder educativo, constando o conceito de HIV/AIDS, sua incidência, fatores de risco para a gestação e as intervenções de enfermagem, destacando o melhor método preventivo de acordo com a literatura. Após a entrega do folder, desenvolveu-se uma breve conversa sobre o tema.

Após a conversa com o casal, foi a vez de abordar o tema de forma coletiva com os enfermeiros, os participantes tiveram a oportunidade de expressar sua opinião relacionada ao assunto, esclarecer dúvidas e sugerir possíveis alterações no folder informativo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência proporcionou aos autores a comprovação da importância das ações de Educação em Saúde com o objetivo de promover a saúde com excelência em sua essência. Portanto, acredita-se que as ações de educação em saúde devam ser executadas nos mais diversos cenários, até mesmo nas unidades básicas de saúde, que são ambientes que atendem um público variado.

No que concerne à promoção da saúde, esta é compreendida como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde e que envolvem a formação de atitudes e valores, levando os indivíduos ao comportamento autônomo, revertendo em benefício à sua saúde e à daqueles que estão à sua volta (VILANOVA et al. 2014).

Portanto, buscando saberes diferentes, comprovado de forma científica e atualizados, foi desenvolvida a atividade voltada para o casal e os enfermeiros da UBS em questão. Vale ressaltar que, quando o profissional de enfermagem vai à busca do seu aperfeiçoamento, está colocando em prática o Art. 14º do Código de Ética dos

Profissionais de Enfermagem, que refere que os profissionais de enfermagem devem aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão (RIBEIRO et al. 2016).

De acordo com Silva e Lopes (2006), as infecções sexualmente transmissíveis (IST's), quando se incidem no período gravídico puerperal trazem, além de suas especificidades referentes ao estigma de uma “doença venérea”, surge nova temática em função da qual a possibilidade de transmissão a um novo ser que, independentemente de fatores de risco ou proteção, poderá afetá-lo e lhe causar sofrimento.

Para Santos (2012), a intenção de gerar filhos para aumentar a família não significa, necessariamente, ter realizado um planejamento do melhor momento para se engravidar. Frente à estatística alarmante do HIV/AIDS, tudo o que parecia até o momento ter um controle e com certa estabilidade se vê derrepente modificado e a família, que outrora era estrutura fundamental da sociedade, agora precisa ser repensada e se reestruturar em suas relações.

A atividade foi realizada dentro das próprias UBS, a ação de educação em saúde ocorreu de forma simples, onde primeiramente foi tratado o tema com o casal para depois trabalharmos com os enfermeiros. O folder tinha informação como o conceito de HIV/AIDS, sorodiscordância, gravidez de pacientes sorodiscordantes e seus fatores de risco, as principais intervenções de enfermagem de acordo com a literatura e direitos sexuais e reprodutivos. Após entregar o folder e abordar o tema, foi estabelecido um momento para que o casal e os enfermeiros pudessem fazer perguntas e tivessem a oportunidade de destacar quais métodos de intervenções utilizavam nos cuidados com casais sorodiscordantes ou HIV positivo com o desejo de engravidar.

Quanto a alguns enfermeiros, estes afirmaram não terem se deparado com caso dessa magnitude, além de relatar que não são possuidores dos riscos e nem o diagnóstico de enfermagem. Portanto, pressupõe-se que isto se deva a possível não utilização da SAE como ferramenta para prestação de cuidado sistematizado na atenção básica no que concerne o casal sorodiscordante para HIV/AIDS, ser relativamente recente, se o profissional se apropriar da SAE, esta servirá como respaldo para prestação de cuidado sistematizado, assim, garantindo uma maior habilidade na hora sistematizar os cuidados. Uma vez refletindo a importância da atualização dos profissionais de enfermagem e a necessidade de ações educativas como essa com foco na utilização da SAE de maneira integral e todas as suas etapas.

O retorno proporcionado pelos profissionais e o casal que participaram da atividade foi bastante positivo, com aceitação e valorização do conhecimento construído, com profundas reflexões identificadas por meio dos discursos. Assim, constatou-se que uma atividade de Educação em Saúde, mesmo sobre os direitos sexuais e reprodutivos, pautada nas reais necessidades do público alvo, pode provocar mudanças significativas por meio da reflexão crítica, e com isso promover uma melhor assistência à saúde dos pacientes, mesmo que na atenção básica. Ressalta-se que

a orientação e planejamento da atividade a partir de um problema real identificado na experiência prática foram fundamentais para subsidiar a ação.

Contudo, todo profissional de enfermagem, principalmente o que atua na atenção básica por lidar com pacientes em diversas sintomatologias e problema multifacetados, deve buscar novos conhecimentos, através da participação em eventos científicos, dentre outros métodos de atualização e capacitação. Pois, só dessa forma o profissional poderá exercer suas atividades diárias com autonomia, segurança e excelência.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os riscos corridos por casais sorodiscordantes em gerar uma criança são reais, porem, quando lhes são prestados os devidos cuidados mesmo que por meio de ação educativa, isso significa entender como a assistência deve priorizar a escuta de casais em idade fértil nas suas manifestações claras ou implícitas no que tange os direitos sexuais e reprodutivos, buscando sempre nortear a compreensão das singularidades de cada casal, onde os profissionais devem considerar: a força e a importância da história e das relações existentes entre os parceiros, as questões de gênero e o poder entre homens e mulheres; a força do desejo do casal, principalmente da mulher, na decisão de ter um filho; potencializando assim a solidariedade e a gratidão das pessoas e a capacidade dessas mesmas pessoas para desafiar normas sociais.

Durante o período da atividade, foram encontradas poucas obras na literatura brasileira a respeito do tema. Sendo assim, acredita-se ser extremamente importante que os profissionais de enfermagem realizem mais estudos abordando o desejo que casais sorodiscordantes têm em engravidar.

A partir da revisão da literatura, possível perceber a importância de se repensar os cuidados para com casais sorodiscordantes e discutir na atenção básica os direitos sexuais e reprodutivos que os mesmo são possuidores. Uma vez que esse despertar para a pesquisa e o exercício do pensamento crítico são fundamentais para a formação de um profissional capacitado. Além disso, a experiência vivenciada na prática foi o maior incentivo para aprofundar-se no tema e buscar soluções para os problemas identificados e assim poder orientar o casal de que a gravidez era possível sim.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS / VIH/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA). **Plano global para eliminar novas infecções por HIV em crianças até 2015 e manter suas mães vivas**. Brasília: UNAIDS/ONUSIDA Brasil, 2011.

Costa T L, Oliveira DC, Formozo GA. The health sector in social representations of HIV/Aids and quality of life of seropositive people. Esc Anna Nery Rev Enferm[Internet]. 2015 Jul/Sep [cited 2016 May 20];19(3):475-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/ v19n3/en_1414-8145-ean-19-03-0475.pdf

Gingelmaier A, Wiedenmann K, Sovric M, Mueller M, Kupka MS, Sonnenberg-Schwan

U, et al. **Consultations of HIV-infected women who wish to become pregnant.** Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2011;283(4):893–98. Acessado em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-010-1794-5>

Langendorf TF, Padoin SMM, Vieira LB, Mutti CF. **Gestantes que tem HIV/aids no contexto da transmissão vertical: visibilidade da produção científica nacional na área da saúde.** Rev Pesq: Cuid Fundam [Internet]. 2011;3(3):2109-25. Availablefrom:http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1358/pdf_416

Maia C, Guilhem D, Freitas, D. **Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável.** Rev. Saúde Pública. 2008; 42 (2):242-8.

Menezes ES. **Da informação à formação para a autonomia: o olhar do adolescente sobre a prevenção das DST/Aids.** Belo Horizonte (MG): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

Rahangdale L, Richardson A, Carda-Auten J, Adams R, Grodensky C. **Provider Attitudes toward Discussing Fertility Intentions with HIV-Infected Women and Serodiscordant Couples in the USA.** J AIDS Clin Res [Internet]. 2014 [cited 2016 May 26];5(6):01-13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160891/>

Reis RK, Neves LAS, Gir E. **The desire to have children and family planning among hiv serodiscordant couples.** Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2013; 12(2):210-18. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16393>

Rocha GSA, Angelim RCM, Andrade ARL, Aquino JM, Abrão FMS, Costa AM. **Nursing care of HIV-positive patients: considerations in the light of phenomenology.** Rev Min Enferm. 2015; 19(2): 258-61. Acessado em cessado em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1020>

Sant'Anna ACC, Seidl EMF, Galinkin AL. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. Estud. Psicol. 2008; 25 (1):101-9.

Silva NEK, Alvarenga ET, Ayres RCM. **Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado.** Rev Saúde Pública. 2006; 40(3):474-81.

Reis RK, Neves LAS, Gir E. **The desire to have children and family planning among hiv serodiscordant couples.** Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2013; 12(2):210-18. Acessadoem<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16393>

Silva LR, Lopes SM. HPV e gravidez: o conhecimento de gestantes com condilomatose em relação à infecção pelo papilomavírus humano. Enferm Atual. 2006; 6(36): 20-5.

O TRABALHO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA SALA DE VACINAÇÃO

Denise Barbosa de Castro Friedrich

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem materno Infantil e Saúde Pública.
Juiz de Fora MG

Tamiris Cristina Reiter

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem materno Infantil e Saúde Pública.
Juiz de Fora MG

Louise Cândido Souza

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem
Juiz de Fora MG

Raquel de Oliveira Martins Fernandes

Centro Universitário Estácio de Sá, Curso de Enfermagem. Juiz de Fora MG

Izabela Palitot da Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem materno Infantil e Saúde Pública.
Juiz de Fora MG

RESUMO: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi analisar o trabalho do técnico de enfermagem em sala de vacinação. A vacinação tem um papel fundamental para a prevenção de doenças imunopreveníveis e a equipe de

enfermagem é a principal responsável pelas atividades desenvolvidas na sala de vacinação. Com a supervisão do enfermeiro, os técnicos de enfermagem devem estar capacitados e treinados para o manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos. A pesquisa foi realizada em 7 Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município mineiro. Participaram da pesquisa 15 técnicos de enfermagem que trabalham nas salas de vacinas das referidas unidades. A coleta dos dados foi através de entrevista semiestruturada utilizando, como análise de dados, a hermenêutica dialética. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e aprovada. Os dados obtidos foram analisados a partir de duas categorias: A rotina de trabalho do técnico de enfermagem em sala de vacinação e capacitação dos profissionais que trabalham na sala de vacinas. Os resultados apontaram que os técnicos de enfermagem mantêm o funcionamento da sala de vacinação conforme as normas estabelecidas. Pode-se inferir que na triagem e acolhimento ao usuário as orientações sobre a prevenção e possíveis eventos adversos causados pela vacinação são incipientes. Constata-se, no entanto, um sentimento unânime de reconhecimento da importância do trabalho executado. Apesar de realizarem o serviço a contento, observa-se a necessidade de Educação Permanente e contínua da equipe, para a melhoria da

qualidade do atendimento à população.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Vacinação. Trabalho.

ABSTRACT: This is a qualitative research aiming to analyse the nurse technician work at vaccination rooms. Vaccination has a fundamental role in preventing immunosuppression diseases and the nursing team is the main responsible for the activities developed at the vaccination rooms. The nursing technicians supervised by nurses must be able and trained to properly handle, conserve and administrate the vaccines. Fifteen nursing technicians from Seven Primary Health Care Units (Unidades de Atenção Primária à Saúde) have been participating the research. The data was collected by interviewing the technicians using hermeneutic dialectic as analytical tool. The research was submitted to the Ethics Committee and approved. Two categories have been chosen to analyse the data; The technician work routine at the vaccination rooms and the training of these professionals. The results pointed that the nursing technicians are able to keep the vaccination rooms operating properly following the established rules. Also, all the interviewed recognise the work importance at vaccination rooms. However, the results also demonstrate that guidance about prevention and vaccines collateral effects at the patient screening and hosting are deficient. Although the service operation is satisfactory team permanent education is needed to enhance the service.

KEYWORDS: Nursing. Vaccination. Work

1 | INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunização, criado no ano de 1973, regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). O PNI organiza a política nacional brasileira de vacinação tendo como missão o controle, a erradicação e a eliminação das doenças imunopreveníveis. É considerada uma das intervenções mais importantes em saúde pública (BRASIL, 2014).

Buscando a integralidade e a universalidade das ações, criou-se o programa de imunização, regulamentado pela Lei nº 6259, pelo Decreto nº 78.231, de 12/08/1976, por iniciativa do Ministério da Saúde, a fim de garantir o acesso da imunização para toda a população e uniformizar as práticas de vacinação no país (BRASIL, 2013).

A rede de frio é um sistema amplo, utilizado pelo Programa Nacional de Imunização – PNI, de estrutura técnico-administrativa, normativa que visa a manutenção da Cadeia de Frio. A Cadeia de Frio é o processo logístico que compreende o recebimento, armazenamento, transporte, manuseio e distribuição dos imunobiológicos, onde devem ser mantidos em circunstâncias adequadas de conservação, desde a produção no laboratório até o momento de administração da vacina (BRASIL, 2013).

O principal objetivo da Rede de Frio é assegurar a eficácia dos imunobiológicos,

mantendo suas características iniciais conferindo imunidade, considerando sua termolabilidade.

A distribuição dos imunobiológicos ocorre em cinco esferas administrativas, organizadas em instâncias de armazenamento, sendo estas: nacional, estadual regional, municipal e local (BRASIL, 2013).

A instância nacional é formada pela Coordenação-Geral do PNI (CGPNI), unidade gestora, estrutura técnico-administrativa da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). Caracterizada pela aquisição, acondicionamento de todos os imunobiológicos e, posteriormente, sua distribuição para os estados através da CENADI (Central Nacional de Armazenamento e Distribuição de Insumos), sob a responsabilidade administrativa da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Nessa instância, os mesmos são armazenados e conservados em câmaras frigoríficas com temperaturas negativas de -20°C e positivas de $+2^{\circ}\text{C}$ e $+8^{\circ}\text{C}$. A distribuição para os estados é realizada através de via aérea ou terrestre, conservando-os em caixas térmicas de acordo com o PNI (BRASIL, 2013).

Na instância Estadual são armazenados aqueles que irão ser utilizados em cada área federada do Brasil, designados à distribuição na rede de saúde do estado. A área física deve conter espaço suficiente para alocação de equipamentos, acondicionamento e armazenamento dos insumos, área destinada ao preparo dos imunobiológicos, câmara positiva, câmara negativa e freezer (BRASIL, 2014).

A CGPNI trabalha de forma articulada a instância Estadual para o planejamento das atividades de vacinação, considerando o Calendário Nacional de Vacinação e as situações epidemiológicas vivenciadas. Garantindo o abastecimento de todas as salas de vacina do estado, e o atendimento de demandas específicas de cada localidade, respeitando as condições necessárias ao processo da cadeia de frio, seja no nível municipal ou local (SILVA; FLAUSINO, 2017).

A instância regional é responsável pelo armazenamento dos imunobiológicos utilizados na rede de serviços de saúde dos municípios de abrangência, incorporando as Centrais Regionais de Rede de Frio (CRRFs). As CRRFs são de responsabilidade das secretarias estaduais de Saúde. A central regional de Rede de Frio deve conter espaço para o armazenamento dos imunobiológicos, almoxarifado para guarda de insumos, acesso para veículo de carga, sala de preparo, câmara positiva com antecâmara, ou câmaras refrigeradas e freezers, freezers para guarda e conservação do gelo reutilizável e grupo de gerador, para situações de emergência, como falta de energia elétrica (BRASIL, 2013).

Na instância municipal são armazenados os imunobiológicos recebidos das instâncias anteriores que, posteriormente, serão distribuídos e utilizados na sala de vacinação, nível local. Encontra-se, nessa instância, a Central Municipal de Rede de Frio (CMRF). A CMRF deve possuir estrutura e equipamentos semelhantes as centrais regionais, contando com toda a infraestrutura já mencionada e dispondo também

de fluxos e procedimentos detalhados para o caso de qualquer problema com os equipamentos da rede de frio. Além de equipe treinada e orientada para realizar cada procedimento constante no plano de contingência (BRASIL, 2013; SILVA; FLAUSINO, 2017).

A sala de vacinação é a instância final da Rede de Frio, onde os procedimentos de vacinação ou estratégias de vacinação de rotina, aquelas constantes no calendário vacinal, campanhas, bloqueios e intensificação são finalmente executados em cada Unidade de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2013).

A sala de vacinação está inserida em sua maioria, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde que através de estratégias de saúde pública no âmbito individual e/ou coletivo tem como objetivo principal a promoção e proteção da saúde. É a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), e é devido a sua aproximação com o usuário, a integralidade com a qual é atendido neste nível de atenção e a aproximação de objetivos com o PNI que a vacinação não pode ser pensada fora desta lógica.

Neste nível, as vacinas devem ser armazenadas em refrigeradores próprios para a conservação de vacinas ou geladeiras tipo domésticas, não sendo as geladeiras mais indicadas, mantidos em temperatura + 2 °C e + 8°C; na sala deverá haver um freezer para o acondicionamento das bobinas de gelo utilizadas nas caixas térmicas, em quantidade de acordo com a demanda da área (SILVA; FLAUSINO, 2017).

O PNI recomenda a utilização de aparelhos de climatização como, ar condicionado ou aquecedores, dependendo das condições climáticas de cada região, garantindo que o ambiente não interfira na conservação e evite perdas dos imunobiológicos (BRASIL, 2014).

As atividades realizadas nas salas de vacinação devem ser desenvolvidas por uma equipe composta por um enfermeiro e um técnico de enfermagem, preferencialmente dois para cada turno de trabalho, sendo os mesmos capacitados e treinados para o acondicionamento, manuseio, conservação, administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das vacinações (BRASIL, 2014).

Resguardado as atribuições de cada categoria, o enfermeiro é responsável pelo monitoramento e supervisão das atividades desenvolvidas na sala de vacina, e pela educação permanente de sua equipe (BRASIL, 2014). O desenvolvimento de tais funções está respaldado pela Resolução N° 0509 de 2016 do Conselho Federal de Enfermagem e pelas legislações do exercício profissional, Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto n°94.406, de 08 de junho de 1987, as quais responsabilizam o enfermeiro responsável técnico pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços nos quais atua. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016; BRASIL,1986; BRASIL,1987)

Os profissionais que trabalham na sala de vacinação são responsáveis por: realizar uma assistência de qualidade, orientar os usuários com respeito e responsabilidade, manter as condições ideais de conservação e armazenamento dos imunobiológicos, manter em condições de uso os equipamentos, prover os materiais e imunobiológicos

necessários, descartar os resíduos provenientes da vacinação de maneira adequada, registrar as atividades de vacinação nos determinados impressos e através do Sistema de Informação-PNI (SI-PNI). Além, de manter atualizado os arquivos, cartões de vacinação e a sala organizada e limpa (BRASIL, 2014).

Desta forma, ressalta-se a importância do trabalho do técnico de enfermagem na sala de vacinação e as variadas funções e responsabilidades, construindo uma perspectiva de um atendimento de qualidade. Reforçando o papel de protagonista da equipe de enfermagem nas ações de vacinação.

Este estudo teve como objetivo analisar o trabalho dos técnicos de enfermagem nas salas de vacinas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde -UAPS.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Para analisar o trabalho do técnico de enfermagem na sala de vacinas, optou-se pelo método qualitativo. Para Minayo (2014), o método qualitativo permite revelar os processos sociais de um determinado grupo, permite a criação de novas abordagens, conceitos, revisão e categorias durante a investigação.

O estudo foi realizado em 07 UAPS, conveniadas com a UFJF na cidade de Juiz de Fora, município da Zona da Mata Mineira. O projeto de pesquisa foi apresentado à coordenadora da Secretaria de Saúde do município, que aprovou sua realização.

Os participantes da pesquisa foram os técnicos de enfermagem que trabalhavam nas salas de vacina das UAPS dos bairros: B1; B2; B3; B4; B5; B6 E B7. Utilizou-se como critério de inclusão para a seleção dos participantes, os técnicos de enfermagem que trabalham nas salas de vacinas das referidas unidades, profissionais que possuem tempo de trabalho em salas de vacinas superior a um ano e que aceitaram participar voluntariamente e formalmente da pesquisa, através da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE). O estudo foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora. Sua aprovação foi sob o número 63086016.9.0000.5147 (BRASIL,2012)

Os critérios de exclusão adotados foram: profissionais que se negaram a participar da pesquisa, que estavam ausentes devido a férias, afastamento ou licença-maternidade e profissionais que recusaram mais de duas vezes a realização da entrevista.

Antes do início da coleta de dados, foi realizado o levantamentos no site da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, das UAPS, com endereço e telefone. Posteriormente, através de ligação telefônica, foi realizado contato com as UAPS conveniadas à UFJF e apresentado ao enfermeiro responsável pela unidade o objetivo da pesquisa, sendo que as visitas às unidades não foram agendadas. Dos 15 técnicos de enfermagem contatados, 9 participaram da entrevista, os demais foram enquadrados nos critérios de exclusão.

Os participantes da pesquisa poderiam correr riscos classificados como mínimos,

ou seja, riscos que ocorrem nas atividades cotidianas, entretanto, a pesquisa seguiu os parâmetros contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) assim, foram mantidos em anonimato e referidos na pesquisa como E1, E2... E9.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2017, através de uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas individualmente com cada participante nas UAPS, em salas que proporcionaram conforto e privacidade para sua realização. Os áudios foram gravados em um aparelho celular smartphone, em formato mp4, transcritas e analisadas. O material das entrevistas ficará guardado com a pesquisadora durante cinco anos e após este período será destruído.

A hermenêutica dialética foi utilizada como método de análise deste estudo. A hermenêutica, busca a compreensão da comunicação entre os seres humanos, a interpretação dos sentidos das palavras (MINAYO, 2014).

Para a mesma autora (2014) a hermenêutica consiste na compreensão do pensamento humano, a capacidade de se colocar no lugar do outro dentre as diferenças e diversidades encontradas, chegando ao entendimento.

Já a dialética é a arte do diálogo, da pergunta, da contradição. Procura na linguagem, nos símbolos e na cultura realizar uma crítica sob os núcleos de sentidos encontrados nas falas (MINAYO, 2014).

Contudo, a análise dialética se constituiu como um método de busca da verdade através de perguntas, respostas e indagações obtidas pelo diálogo (MINAYO, 2014).

Como fundamento das pesquisas qualitativas, a articulação da hermenêutica com a dialética valoriza a divergência e complementaridade entre elas, ressaltando que a hermenêutica destaca o consenso, a mediação e o acordo e a dialética realça as diferenças, o contraste, o dissenso e a crítica (MINAYO, 2014).

Os dados foram analisados em três fases, de acordo com a metodologia da hermenêutica dialética, sendo elas: ordenação, classificação e análise final (MINAYO, 2014).

As categorias, núcleos de sentido e unidade de sentido serão demonstradas a seguir nos resultados e discussão.

3 | RESULTADO E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões são apresentados a seguir, a categoria, núcleos de sentido e unidades de sentido serão demonstrados nos quadros I e II.

Posteriormente a cada quadro é descrita a discussão.

Categoria	Núcleos de Sentido	Unidades de Sentido
A rotina de trabalho do técnico de enfermagem em sala de vacinação.	Premissas e funcionamento da sala de vacinação	[...Entro na sala de vacina, aí eu vou olhar o termômetro da geladeira..... retiro o gelox, monto as caixas térmicas e espero atingir a temperatura pra eu colocar as vacinas...] E3 [... eu chego eu olho a temperatura da geladeira, depois faço assepsia nas caixas, retiro os gelox..... espero chegar na temperatura para depois retirar as vacinas]. E7
	Triagem e administração das vacinas.	[...na recepção eles entregam o cartão de vacina.....naquela ordem de chegada que está lá; preenche, vai chamando..... terminada essa etapa de anotações a gente vai aspirar e aplicar a vacina...]E5 [... a gente pega o cartão, confere, ver qual a demanda daquele paciente em relação a vacina, a gente anota no cartão, anota no livro de registro, por que depois, a gente faz a digitação no SIS PNI; aí depois a gente faz a preparação da vacina e faz a administração; entre essa preparação e administração a gente faz a orientação do paciente...] E2
	A importância da vacinação na percepção da equipe.	[...a sala de vacina é um dos mais importantes porque quando a pessoa entra ali ela não entra doente, então ela não pode sair doente...] E9 [... Esse é um trabalho muito importante, porque ele é a prevenção né, a é prevenção muito mais importante na saúde.] E5

Quadro I: A rotina de trabalho do técnico de enfermagem em sala de vacinação

Fonte: autor

Nesta categoria percebe-se o funcionamento diário na sala de vacinação, através das atividades realizadas pela equipe de enfermagem. Observa-se nas falas expostas, que os profissionais de enfermagem conhecem os procedimentos necessários para armazenamento e conservação dos imunobiológicos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), sugerindo, assim, o primeiro núcleo de sentido desta categoria: Premissas e funcionamento da sala de vacinação.

Antes de começar o trabalho na sala de vacinação, a equipe deve adotar procedimentos que permitam seu bom funcionamento como: limpeza e desinfecção do

ambiente e dos materiais, verificação da temperatura dos refrigeradores, registrando no mapa diário as temperaturas encontradas, higienização das mãos, organização das caixas térmicas, separação dos cartões de controle de vacinação ou consultar o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI para verificar os aprazamentos diário, retirar do refrigerador os imunobiológicos e diluentes a serem utilizados no dia de acordo com o consumo da jornada de trabalho, levando em consideração a demanda espontânea e agendamentos previstos, organizá-los nas caixas térmicas com a temperatura adequada, atentar-se para o prazo de utilização das vacinas após a abertura dos frascos e organizar os impressos e os materiais de escritório sobre a mesa de trabalho. Feito isto, inicia-se o processo de vacinação propriamente dito (BRASIL, 2014).

Os técnicos de enfermagem relataram que as atividades mais realizadas nas salas de vacinação são: a verificação das temperaturas das geladeiras e caixas térmicas, desinfecção da sala, montagem das caixas térmicas, registro e administração das vacinas. Observa-se que existe um padrão nos serviços executados, atendendo as normas e procedimentos para vacinação.

Dentro desta mesma categoria, foi encontrado o segundo núcleo de sentido: Triagem e administração das vacinas.

A triagem consiste na classificação de prioridades no atendimento aos usuários. Ela determina a organização do fluxo, a melhoria do tempo de atendimento e o uso adequado dos recursos disponíveis agilizando o serviço e contribuindo para a satisfação do usuário (BRASIL, 2014).

Em geral, as pessoas que comparecem para a vacinação são pessoas saudáveis. Portanto, o primeiro critério para realização do atendimento é a ordem de chegada, respeitada as determinações legais que dão prioridade a pessoas com necessidades especiais, idosos e gestantes (BRASIL, 2014).

Posteriormente é realizada a conferência do cartão de vacinas de acordo com a demanda do usuário, incluindo a coleta de informações sobre seu estado de saúde a fim de avaliar as indicações e possíveis contraindicações dos imunobiológicos (BRASIL, 2014). É um momento de identificação de possíveis riscos, desmitificação de falsas contraindicações e orientação ao usuário sobre vacinas, importância da continuidade nos esquemas de vacinação e eventos adversos pós-vacinais.

Na sequência, ocorre o registro na caderneta de vacinação e no SI-PNI e por último a administração dos imunobiológicos (BRASIL, 2014).

Nem todos os entrevistados demonstraram em suas falas preocupação com a realização dos procedimentos referentes à triagem, o que não implica em afirmar, necessariamente, que não a fazem.

A administração dos imunobiológicos, por óbvio, é citada em todas as entrevistas. Ressalte-se que uma preocupação que deveria ser comum a todas as falas, só foi evidenciada por um dos entrevistados: A informação sobre os efeitos preventivos e seus possíveis eventos adversos.

Conforme Muniz, Silva e Martini (2012), a administração dos imunobiológicos não envolve somente sua aplicação. O funcionamento da sala envolve o trabalho diário, a triagem dos usuários, as orientações referentes a cada tipo de vacina e, por último, a administração dos imunobiológicos conforme sua técnica. O profissional atuante nas salas de vacinas deve orientar o usuário ou responsável sobre possíveis reações, acolhendo-o, criando um vínculo entre o profissional e o usuário, construindo um atendimento humanizado, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde.

O último núcleo de sentido encontrado nesta categoria foi: A importância da vacinação na percepção da equipe.

A vacinação é um recurso eficaz na prevenção de doenças, conferindo promoção à saúde e a redução da morbimortalidade da população por doenças preveníveis por imunização (BRASIL, 2014).

De acordo com Oliveira e Pereira (2013), o serviço de vacinação é um processo integral, com o objetivo de prestar uma assistência humanizada. Com isso, o profissional de enfermagem tem a oportunidade de intervenção no processo saúde-doença, contribuindo para a promoção da saúde.

A equipe de enfermagem reconhece a importância do trabalho na sala de vacinação considerando-a o modo mais eficaz de cuidado contra as doenças imunopreveníveis em pessoas sadias.

Categorias	Núcleos de Sentido	Unidades de Sentido
Capacitação dos profissionais que trabalham na sala de vacina.	Curso de capacitação em ações em sala de vacina.	[...Fiz um curso de, sobre vacinação, eu fiz ta fazendo o que, quase uns dois anos...] E1. [... eu entrei em 2005 na prefeitura, em 2006 teve o que eles chamam em capacitação em sala de vacina...] E2.
	Enfermeiro como orientador em sala de vacina.	[... O enfermeiro responsável ta sempre passando pra gente o que muda,o calendário vai mudando e ela vai passando todas as informações...] E3. “Ela passa as coisas pra mim e pra outra técnica, às vezes quando tem reunião de vacina na secretaria, que vai mudar alguma coisa aí assim que ela chega no dia seguinte ela passa as informações e fica algumas coisas ali uns folhetos e uns encartes ali”. (E7)

Quadro II: Capacitação dos profissionais que trabalham na sala de vacina

Fonte: autor

Nesta categoria será discutida a capacitação dos profissionais que trabalham na sala de vacinas, subdividida em dois núcleos de sentido: curso de capacitação em

ações em sala de vacinas e o enfermeiro como orientador em sala de vacinas.

Através das falas mencionadas no quadro acima, percebe-se que a maioria dos técnicos de enfermagem foi capacitada para atuar em sala de vacinas. Com isto, detectou-se o primeiro núcleo de sentido desta categoria: Curso de capacitação em ações em sala de vacina.

Ao se inserirem nas UAPS, os técnicos de enfermagem tiveram treinamento e capacitação para trabalharem em sala de vacinas, levando em consideração as especificações relacionadas com o manuseio, administração, conservação e descarte dos imunobiológicos.

Para Soares, Melo e Erguelles (2016), a vacinação ofertada pelo serviço público de saúde, deve dispor de pessoal qualificado para o funcionamento ideal da sala, articulando os variados setores do sistema de saúde, principalmente a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde, principais responsáveis pela efetividade e aprimoramento da imunização.

Contudo, os cursos oferecidos pelas secretarias de saúde para profissionais que atuam em salas de vacinação, não são contínuos. Através das falas observa-se que foram realizados quando o técnico foi inserido na UAPS, ou há mais de dois anos. Ainda nessa categoria, destaca-se o segundo núcleo de sentido: Enfermeiro como orientador em sala de vacina.

O CGPNI coloca como de responsabilidade do enfermeiro, a capacitação, supervisão e o processo de educação continuada da equipe que atua na sala de vacinação em consonância com as legislações vigentes da categoria (BRASIL, 2014; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

As capacitações em sala de vacinas, geralmente são realizadas pelo enfermeiro através de encartes, folhetos, e de maneira informal, como pode ser observado na fala seguinte:

“Ela passa as coisas pra mim e pra outra técnica, às vezes quando tem reunião de vacina na secretaria, que vai mudar alguma coisa aí assim que ela chega no dia seguinte ela passa as informações e fica algumas coisas ali uns folhetos e uns encartes ali”. (E7)

O processo de capacitação dos profissionais não deve ser realizado somente através da passagem de conteúdos técnicos, normas e protocolos. Para Zani e Nogueira (2006), a prática de ensinar vai além de métodos técnico-científicos; o processo ensino-aprendizagem é um ato de comunicação, ou seja, a troca de experiências vividas, sentimentos e conhecimentos que influenciarão na qualidade da aprendizagem entre os sujeitos envolvidos.

Entretanto, ressalta-se a necessidade de que a educação permanente, baseada na ciência e em conhecimentos técnico-científicos, seja a estratégia básica da preparação do profissional para o exercício do trabalho. De acordo com Montanha e Peduzzi (2010), as ações educativas contribuem para a melhoria na qualidade da assistência, diminuição de falhas e correção de vícios nas ações, possíveis de serem

adquiridos numa formação unicamente prática.

Não obstante, o que se percebe é a educação permanente de forma assistemática e descendente, reforçando princípios educacionais tradicionais, na contramão dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Distanciado da cotidianidade do trabalho na sala de vacina e desvalorizando a construção de conhecimentos transformadores do processo de trabalho e geradores de uma maior motivação e valorização destes profissionais (OLIVEIRA et al, 2016).

As modificações constantes do calendário vacinal, o aumento do quantitativo de vacinas e dos procedimentos da equipe de enfermagem, torna o trabalho da enfermagem, em especial dos técnicos de enfermagem, complexo, sujeito a mudanças constantes o que requer mobilização de saberes, sempre atualizados para o desenvolvimento da prática profissional. A priorização de atividades de educação permanente a esta categoria deve-se inclusive a responsabilidade destes na execução dos procedimentos, no entanto, percebe-se a inclusão apenas de enfermeiros e referências técnicas em imunização nas ações educacionais o que pode gerar prejuízos no aproveitamento e qualidade do atendimento prestado (OLIVEIRA et al, 2016).

Se faz mister que a educação permanente em saúde se torne *endógena* não só nas salas de vacinação, mas em todas áreas da assistência a saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do técnico de enfermagem na sala de vacinação é um serviço contínuo e de grande importância para a eficiência da imunização da população, sobretudo no período vivenciado com a reemergência de uma série de doenças imunopreveníveis.

A possibilidade de analisar as etapas dos serviços realizados na sala de vacinação e sua rotina, considerando a responsabilidade ética dos técnicos de enfermagem e suas ações, de acordo com o preconizado pelo MS e o PNI demonstrou a seriedade deste trabalho.

Percebeu-se a fragilidade do processo de capacitação dos profissionais e pode-se inferir que a educação permanente em saúde pode ser a intervenção necessária para a atualização do conhecimento e aprimoramento da equipe. Sobretudo para o atendimento da missão do PNI e a prestação de um atendimento seguro e de qualidade.

Nota-se a necessidade de mais pesquisas sobre o assunto. No desenvolvimento deste trabalho houve uma grande dificuldade de encontrar bibliografia e artigos científicos detalhados sobre o tema.

Ainda assim entendemos que os objetivos propostos para esse trabalho foram alcançados.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. **Dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Brasília, 8 jun 1987. Seção 1. p. 9275-9279. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 01 jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 7.489, de 25 de Junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 01 jul. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS N.º 466, de 12 de dezembro de 2012. **Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 de jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-VACINA/manual_procedimentos_2014.pdf. Acesso em: 09 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Curso de atualização para o trabalhador da sala de vacinação: manual do aluno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/curso_atualizacao_sala_vacinacao_aluno_3edicao.pdf. Acesso em: 03 jul. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução N° 0509, de 15 de março de 2016. **Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.** Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/RES.-COFEN-509-2016.pdf>. Acesso em: 14 set. 2018.
- MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucited, 2014.
- MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. **Educação Permanente em Enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados, segundo a concepção dos trabalhadores.** Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.44, n. 3, p. 597-604, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/07.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2017.
- MUNIZ, S.V.; SILVA, F.S.; MARTINI, A.C. **Acolhimento do usuário de sala de vacina.** Revista de Iniciação Científica do Unilasalle, Rio Grande do Sul, v. 1 n. 1, maio/2012. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Cippus/article/view/334/284>. Acesso em: 06 jul. 2017.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** Rev Bras Enferm., Brasília, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 05 de abr. de 2017.
- OLIVEIRA, C. O. et al. **Educação para o trabalho em sala de vacina: percepção dos profissionais de enfermagem.** Rev. Enferm. Cent. O. Min., v. 6, n. 3, p. 2331-2341, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1180/1166>. Acesso em: 14 de set. de 2018.
- SILVA, M. N.; FLAUZINO, R. F. (orgs.). **Rede de Frio: gestão, especificidades e atividades.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- SOARES, M.F; MELO, M.C.C; ERGUELLES, R.D. **Curso de atualização em sala de vacinas 2015: Reflexão do processo numa perspectiva integrativa entre a vigilância em saúde e a Atenção Básica.** XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, 2016, São Paulo. Anais do XXX Congresso do Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo: COSEMS/SP, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/369%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/369%20(3).pdf). Acesso

em: 05 jul. 2017.

ZANI, A.V.; NOGUEIRA, M.S. **Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes.** Rev. Latino am. Enferm, v.14, n.5, p.742-748, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a16.pdf. Acesso em: 04 jul. 2017.

CONCEPÇÕES DE MULHERES COM RELAÇÃO AO USO DO MÉTODO DE OVULAÇÃO BILLINGS

Eliane Vieira dos Santos

Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Rita de Cássia Maria dos Santos Frazão

Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Sheyla Costa de Oliveira

Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Avenida Prof. Moraes Rêgo, 123. Departamento de Enfermagem. Cidade Universitária, CEP. 50670-90. Recife, PE, Brasil. E-mail:costa.shy@gmail.com

OBJETIVO: conhecer os sentimentos de mulheres em relação ao uso do Método de Ovulação Billings como planejamento familiar.

Métodos: estudo qualitativo, realizado com oito mulheres, em que se utilizou entrevista semiestruturada. Coleta de dados realizada entre os meses de outubro e novembro de 2015 utilizando a entrevista semiestruturada e analisados por meio da análise temática.

Resultados: organizados em quatro categorias temáticas principais: uso do método e autoconhecimento do corpo; insegurança quanto ao uso do método; escolha baseada em princípios religiosos; cumplicidade do casal na execução do método. **Conclusão:** as mulheres participantes que utilizavam o Método de Ovulação Billings sentiam-se satisfeitas

e seguras, sendo a participação do parceiro fundamental para ocorrência do método como planejamento familiar natural.

Descritores: Métodos Naturais de Planejamento Familiar; Ovulação; Comportamento Sexual.

DESCRIPTORS: Natural Family Planning Methods; Ovulation; Sexual Behavior.

INTRODUÇÃO

O planejamento familiar é direito de todo cidadão e conceitua-se como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou casal⁽¹⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil, tomando por base o dispositivo da lei do planejamento familiar (Lei nº. 9.263/96), determina como competência dos profissionais de saúde assistir em concepção e contracepção, empenhando-se em informar os indivíduos sobre as opções e finalidades dos métodos disponíveis. Estes profissionais, dentre eles o enfermeiro, devem empenhar-se nas informações precisas aos usuários, para que estes possam participar livre e ativamente de suas escolhas⁽¹⁻²⁾.

Existem variedades de métodos contraceptivos, os quais permitem aos casais

escolhas de acordo com suas necessidades, dentre eles: os métodos naturais (método do muco cervical, da ovulação ou de Billings, tabelinha e método da temperatura basal); métodos hormonais (pílulas, adesivos, injeções, implantes cutâneos, anel vaginal, contracepção de emergência, conhecida popularmente como pílula do dia seguinte); métodos de barreira (preservativo feminino, preservativo masculino, diafragma e espermicidas); dispositivo intrauterino de cobre ou com hormônios; e métodos definitivos (vasectomia e ligadura de trompas)⁽³⁾.

Para os métodos naturais, tem-se o Planejamento Familiar Natural, quando a regulação da fertilidade é realizada através da observação de sinais e sintomas que ocorrem naturalmente nas fases férteis e inférteis do ciclo menstrual, com restrição de relações sexuais durante a fase fértil, nos casos em que se deseja evitar a gravidez. Assim, o Método da Ovulação Billings baseia-se na identificação do período fértil do ciclo menstrual, através da auto-observação das características do muco cervical, indicando o período de fertilidade⁽⁴⁾.

Durante 27 anos, pesquisadores médicos de Melbourne, na Austrália, estudaram os ciclos férteis e inférteis a partir das características do muco cervical, e concluíram que a sensação produzida pelo muco, assim como sua aparência, serviu para que as mulheres reconhecessem o início da fertilidade e, assim, pudessem proceder ao controle da concepção⁽⁵⁾. Na década de 1970, a partir dos estudos de John Billings, foi criado oficialmente as regras do Método de Ovulação Billings, com 97% de eficácia comprovada, passando a ser cientificamente aceito pela Organização Mundial de Saúde como um método contraceptivo eficaz⁽⁵⁾.

No entanto, as questões que se aplicam ao planejamento reprodutivo e familiar ainda constituem desafios, pois há distância considerável entre aquilo que é preconizado nas ações de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva e o que é de fato vivenciado pelas mulheres brasileiras em idade fértil⁽⁶⁾.

Assim como o conhecimento inadequado sobre qualquer método anticoncepcional pode ser fator de resistência à aceitabilidade e uso do método, do mesmo modo, o alto nível de conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais não determinará mudança de comportamento se estes não estiverem acessíveis à livre escolha da população⁽⁷⁾.

Portanto, diante de tantas dificuldades expostas em relação aos métodos contraceptivos e planejamento familiar, reconhece-se a relevância do estudo mediante a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre o que sentem as usuárias dos métodos naturais de planejamento familiar, tendo como questão de pesquisa: qual o sentimento de mulheres em relação ao uso do Método de Ovulação Billings como Planejamento familiar Natural?

Portanto, o estudo objetivou conhecer os sentimentos de mulheres em relação ao uso do Método de Ovulação Billings.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, de campo, com abordagem qualitativa, o qual se aplica ao estudo detalhado de um determinado fato, objeto, grupo de pessoas ou ator social e fenômenos da realidade. Este procedimento visa buscar informações fidedignas para se explicar em profundidade o significado e as características de cada contexto em que encontra o objeto de pesquisa⁽⁸⁾.

Os sujeitos do estudo foram mulheres que fazem uso do Método de Ovulação Billings, casadas e em idade reprodutiva (mulheres com faixa etária de 15 a 49 anos)⁽⁹⁾. Adolescentes e mulheres com dificuldade de compreensão cognitiva em relação às perguntas do questionário e da questão norteadora foram excluídas da pesquisa, considerando, assim, critério de exclusão.

O critério de saturação dos dados foi utilizado para indicar o tamanho da amostra dos sujeitos envolvidos, tal critério é definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados⁽⁸⁾.

O estudo foi realizado na cidade de Recife (PE), Brasil, nas comunidades católicas Maanaim e Shallom, as quais promovem encontros e treinamentos semestrais a casais em suas sedes, com foco na promoção da saúde reprodutiva de seus membros, em que instrutores do Método de Ovulação Billings, credenciados pela Confederação Nacional de Planejamento Natural da Família (órgão vinculado à Organização Mundial do Método de Ovulação Billings) atuam como facilitadores de casais que são convidados a participarem de cursos sobre planejamento familiar natural.

Para coleta de dados, foi utilizado roteiro de entrevistas semiestruturadas, elaborado pelas autoras do estudo, contendo a seguinte pergunta norteadora: qual o sentimento de mulheres em relação ao uso do Método de Ovulação Billings como Planejamento familiar Natural? Além disso, foram aplicadas questões para conhecer o perfil social das entrevistadas.

A coleta de dados foi procedida com o uso de gravador de voz de *smartphones*, em uma sala reservada ou em locais escolhidos pelas participantes, na sede da comunidade, de forma individual. O tempo das entrevistas variou de acordo com cada participante, em média 10 minutos.

Para garantir o anonimato, as entrevistadas foram identificadas de forma aleatória, com nomes fictícios de flores: Rosa(1), Margarida(2), Jasmim(3), Azaléia(4), Dália(5), Violeta(6), Hortênci(7), Tulipa(8).

Para análise de dados, utilizou-se a análise temática. Foram três as etapas para o processo de análise: pré-análise - os dados foram ordenados e as entrevistas transcritas, preservando-se as falas na íntegra; descrição analítica - o material foi transcrito e agrupado em subcategorias; tratamento dos dados e interpretações - submetido a uma análise detalhada e exaustiva e depois organizado segundo

categorias temáticas⁽¹⁰⁾.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A figura abaixo demonstra o perfil das mulheres entrevistadas quanto ao uso do Método de Ovulação Billings. As participantes em totalidade eram casadas; com idade média de 34 anos e tempo médio de uso do método de oito anos. Sete mulheres nunca utilizaram outro método contraceptivo e todas as entrevistadas tinham conhecimento ou instrução sobre o método discutido neste estudo.

Entrevista	Idade	Raça	Escolaridade	Profissão	Nº filhos	Tempo de uso/ano	Recebeu Orientação/ Instrução	Já usou outro método/qual?
Rosa	35	Parda	+18	Cons. de vendas	2	11	Sim	Não
Margarida	40	Branca	+20	Advogada	3	7	Sim	Não
Jasmim	32	Branca	+16	Do lar	0	3	Sim	Não
Azaleia	28	Branca	+18	Bancária	1	1	Sim	Não
Dália	42	Branca	+18	Empresária	2	19	Sim	Não
Violeta	37	Branca	+14	Do lar	4	12	Sim	Pílula
Hortência	34	Branca	+18	Dentista	2	5	Sim	Não
Tulipa	30	Branca	+20	Anal. de Testes	1	3	Sim	Não

Figura 1 - Perfil social das mulheres entrevistadas

Após a análise temática, emergiram quatro categorias, as quais estão representadas pelas falas que seguem.

USO DO MÉTODO E AUTOCONHECIMENTO DO CORPO

Evidenciou-se que o método analisado proporciona autopercepção das variações corporais durante o ciclo menstrual e maior conhecimento acerca da fertilidade. As entrevistadas relataram o quanto este conhecimento permite identificar o período fértil e planejar uma gestação com segurança. *É um método que nos dá segurança, porque está inscrito no corpo humano, inscrito na nossa natureza... claro que necessita de uma observação, de um aprofundamento, de uma boa percepção, mas ele sinaliza para mim um caminho seguro de fertilidade (Margarida). E quanto mais eu vou conhecendo o método, quanto mais eu vou conhecendo a mim, mais eu vou me sentindo segura e vendo o quanto é importante a vivência desse método natural para a mulher e o casal (Azaleia). Em relação ao período exato que você está fértil, eu acho que não deixa dúvida não... para mim traz felicidade, porque é uma forma de eu realmente*

me perceber e me conhecer (Hortência). Eu me sinto bem comigo mesma, fazendo esse método, eu me sinto mais saudável, não agride meu corpo, cada mulher tem um método diferenciado, porque o ciclo é único, o ciclo é diferente, o ciclo é pessoal, é isso, então preciso ser conhecedora do meu corpo, conhecedora do meu ciclo, do meu temperamento, da minha postura, íntima também, e assim conhecer, então passando a conhecer eu me sinto segura, sabendo exatamente o dia que eu ovulo (Rosa). Ele é um método onde eu posso fazer o meu planejamento familiar de forma natural, onde eu posso prevenir ou planeja uma gravidez... o melhor dele é que eu não preciso está usando nenhum tipo de droga ou de dispositivo que possa vir a prejudicar a minha saúde... eu aprendi a observar o meu corpo, quando eu conheci o método, comecei a conhecer meu corpo, consegui identificar o meu período fértil (Tulipa).

INSEGURANÇA QUANTO AO USO DO MÉTODO

Observou-se que ao iniciar o uso do Método, há insegurança em relação à utilização adequada, bem como em alguns momentos da vida reprodutiva das mulheres, como no pós-parto, porém com o tempo de uso e disciplina, o casal alcança a segurança e passa a fazê-lo bem. *Logo, depois de ter casado, no princípio, eu ficava um pouco insegura, enfim, uma coisa era está fazendo solteira, outra coisa quando eu me casei, mas à medida que eu fui me conhecendo mesmo, à medida que eu fui percebendo que o método realmente dá certo para você adiar uma gravidez ou conseguir uma gravidez, aí eu fui ficando mais segura (Azaleia). No começo, o método era, assim, eu me sentia um pouquinho insegura, mas depois, com o passar do tempo, eu comecei a me sentir bastante segura ...quando eu tive meu primeiro filho, eu fiquei um pouquinho insegura em relação ao período pós-parto, que você passa um tempo sem ter ovulação, mas hoje em relação, quando eu tive um segundo filho, aí eu já sei, já me conheço mais (Hortência).*

ESCOLHA BASEADA EM PRINCÍPIOS RELIGIOSOS

Demonstrou-se forte reflexo da religião e dos princípios éticos e morais dos casais na escolha do Método, bem como valorização de Deus como criador da fertilidade feminina. *Me uno a isso que a igreja recomenda, me aproximo mais de Deus, me aproximo mais do meu marido, me aproximo mais da minha família, me aproximo mais de mim mesma (Rosa). Meu sentimento diante do método de ovulação, primeiro é de muita gratidão a Deus por ter a oportunidade de ter conhecido o método, e também acho que me sinto muito agraciada pelo meu corpo, por poder me perceber, por perceber minha fertilidade, perceber como Deus cria com muita perfeição, a dimensão feminina para a maternidade, para a fertilidade (Margarida). Vale a pena valorizar o corpo, vale a pena você usar aquilo que é natural, aquilo que Deus nos deu como um bem maior (Dália). Então, assim por providência de Deus, o método veio para minha*

cidade, eu o conheci e automaticamente parei de tomar o remédio, porque eu confiei muito na explicação que me deram, em toda a formação que me deram (Tulipa).

CUMPLICIDADE DO CASAL NA EXECUÇÃO DO MÉTODO

Observou-se que a união do casal na execução do Método é um fator motivador e determinante para utilização. As entrevistadas relataram o apoio do cônjuge, nas anotações diárias das sensações percebidas, promovendo diálogo, tornando o homem corresponsável e protagonista no planejamento da família. *Eu preciso conhecer o meu ciclo, o conhecimento gerou harmonia entre mim e meu esposo, porque não adianta fazer o método só, o método não é só da mulher, é do casal, passando a conhecer isso, aí você trilha esse caminho seguro do método (Rosa). Planejamento da família, planejamento da questão da vida mesmo, então para mim é um caminho seguro de fecundidade também na vida do casal, como casados, experiência da comunhão, diálogo, o meu esposo participa muito comigo desse caminho, me ajuda muito, e isso tem feito com que a gente crescesse muito na unidade e na harmonia conjugal (Margarida). Porque como é meu esposo que anota, que faz as anotações, então para ele também é bom, porque ele vai me conhecendo e a gente vai tendo essa sintonia como casal, então para mim é muito bom por conta disso, e que eu indico para qualquer pessoa também, método natural, eficaz, ajuda no relacionamento (Azaleia). E outra coisa também em relação ao parceiro, é que eu acho que é uma sensação de respeito, porque ele tem que ajudar, e para mim, traz muita segurança quanto à relação, eu me sinto mais respeitada, em relação a usar esse método (Hortência).*

Sobre a continência periódica (abstinência sexual no período fértil), não se observou neste estudo ser um problema ou uma dificuldade no uso do Método, ao contrário, esta pode acarretar mais liberdade ao casal, no intuito de mostrar que a união do casal não está apenas fundamentada no sexo, assim, juntos, eles podem decidir o momento mais adequado de terem relações sexuais, segundo as entrevistadas. *Ele aumenta o diálogo com meu esposo, porque a gente precisa conversar quando é permitido e quando não é, e aí a gente acaba dividindo a nossa responsabilidade, porque a responsabilidade tem que vir dos dois... uma coisa que eu tinha muito assim o meu pensamento é que era, que esse método, em relação ao ato conjugal, eu tinha um pensamento assim, que era muito restrito, e com esse método, eu aprendi que muito pelo contrário, ele deixa mais a gente livre para ter o ato conjugal, do que 'preso', do que restrito, então a gente fica mais até livre (Tulipa).*

DISCUSSÃO

O estudo em questão apresenta limitações pela impossibilidade de generalização dos resultados, em função da especificidade do contexto analisado, visto que o uso

dos métodos naturais de planejamento familiar, especialmente o Método de Ovulação Billings, pelos casais, não é comum, e mesmo entre casais católicos, restrito a alguns grupos. Além disso, o método de estudo adotado, de abordagem qualitativa, permite referir-se apenas a um universo restrito, pequeno, porém com profundidade.

Estudo realizado nos Estados Unidos, em 2013, com 58 mulheres latinas e negras, observou-se aumento da busca dessas mulheres pelos métodos naturais, em que 17% das que buscavam eram estrangeiros, 13% nativas latino-americanas e 15% mulheres negras, contudo, assim como no Brasil, as instruções ainda eram poucas, podendo diminuir a eficácia do método, levando a uma taxa de 25% de falhas, embora o uso correto chega a ter apenas de 3 a 5% de falhas⁽¹¹⁾.

Os resultados deste estudo trazem implicações para a saúde reprodutiva das mulheres, uma vez que possibilita ampliar o conhecimento sobre suas vivências com o método contraceptivo escolhido, a fim de fornecer subsídios para o planejamento de ações e tomada de decisão na prática clínica do profissional de saúde que atua em planejamento familiar.

As mulheres podem ser mais propensas a considerar os métodos naturais como planejamento familiar, quando os serviços de saúde apresentam a informação de forma positiva, porém a baixa utilização também pode ser resultado do desconhecimento dos profissionais sobre eles e sua eficácia, demonstrando pouca preparação para orientar os pacientes⁽¹²⁾. Desta forma, os resultados apontam a necessidade de fortalecimento das ações de educação permanente destes profissionais.

O uso de métodos naturais de planejamento familiar possibilita a centralidade da mulher no planejamento reprodutivo, possibilitando maior conhecimento da anatomia e do funcionamento do organismo, permitindo, muitas vezes, a aceitação do próprio “corpo”, facilitando o diálogo e a participação do parceiro⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a segurança quanto ao uso desses métodos pode estar relacionada às informações recebidas, como também ao tempo de uso. Portanto, as usuárias entrevistadas relataram que desde o início do uso do método de Ovulação Billings, foram acompanhadas e orientadas em sua comunidade, e obtiveram o apoio de outras mulheres, sentindo-se seguras quanto ao uso como planejamento familiar natural.

É fundamental que os casais sejam acompanhados por profissionais capacitados, pois a utilização de qualquer método contraceptivo exige, além da determinação do indivíduo, informações adequadas e controle periódico⁽¹²⁾.

Atualmente, a assistência ao planejamento familiar no país é oferecida predominantemente pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, em especial pelo enfermeiro, que tem como papel, dentre outros, prestar orientações, aliadas à educação em saúde, a fim de capacitar os usuários, seja por meio de atividades de forma individual ou grupal, de modo a sensibilizá-los a assumirem a responsabilidade de cuidar da saúde, proporcionando mudança no comportamento social em relação ao planejamento familiar⁽¹³⁾.

Todavia, estudo realizado com 50 usuárias do serviço de planejamento familiar de uma unidade básica de saúde de Pedro Ribeiro de Russas, CE, Brasil, com objetivo de verificar conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes em uma comunidade rural quanto a métodos contraceptivos, identificou que 20% delas controlavam a fecundidade sem a assistência de um profissional de saúde, evidenciando as lacunas que ainda existem entre a teoria e a prática⁽¹⁴⁾.

Sobre o sentimento de insegurança quanto ao uso do Método de Ovulação Billings, além da dificuldade de aprendizado inicial, como relataram algumas entrevistadas, explica-se, em parte, pelo fato da fertilidade feminina ser bastante influenciada por diversos fatores, como estilo de vida de cada mulher, tabagismo, uso de medicamentos, além de fatores ambientais, como doença ou estresse, que muito frequentemente provocam alterações hormonais no ciclo menstrual, podendo torná-las confusas, impedindo as usuárias de conseguir identificar o muco com clareza⁽¹²⁾. No pós-parto, por exemplo, há naturalmente mudança no padrão de fertilidade da mulher, que tornam mais difíceis as observações, mas não contraindicam o uso. Neste período, é importante o uso de métodos adequados, considerando as repercussões fisiológicas e anatômicas presentes nesse momento⁽¹⁵⁾.

As entrevistadas expressaram a escolha do Método de Ovulação Billings baseada em princípios éticos e morais fornecidos pela religião. Tal resultado é interessante, pois sabe-se que a Igreja Católica é contrária ao uso dos métodos anticoncepcionais “artificiais”, segundo a qual a contracepção, até mesmo para pessoas casadas, não deve ser realizada, e se necessário, deve-se espaçar ou limitar os nascimentos, respeitando os ritmos naturais do corpo, utilizando-se os períodos infecundos do ciclo menstrual feminino para relações sexuais. Porém, nos tempos atuais, estatisticamente, não existe diferença quanto ao uso de métodos contraceptivos modernos entre as mulheres sem religião, católicas ou evangélicas, ou seja, tanto os métodos artificiais como os naturais não são escolhidos baseados nestes princípios, e sim, naquilo que lhe é ofertado, no meio em que a mulher está inserida e das instruções que ela recebe⁽¹⁶⁾.

No Brasil e em alguns outros países, apesar das concepções pessoais, dos princípios e valores, a pouca oferta de informações seguras e confiáveis sobre os métodos naturais motiva as mulheres a utilizarem outros métodos, sendo oposto a isto, um estudo exploratório-qualitativo realizado nos estados de Enugu e Katsina, na Nigéria, evidenciou que os indivíduos quando são influenciados pela cultura e religião tendem a escolher o método de planejamento familiar que esteja de acordo com a religião, desta forma, havendo investimento na introdução de métodos naturais eficazes, provocando aumento da prevalência contraceptiva em países com fortes barreiras religiosas aos métodos modernos de planejamento familiar⁽¹⁷⁾.

Os resultados deste estudo mostraram que a participação masculina é determinante no uso do método. Partindo da premissa de que a concepção é um resultado natural do ato sexual entre homem e mulher, é de se esperar que a

anticoncepção também seja um fenômeno resultante da conjugação de esforços entre parceiros igualmente envolvidos nessa relação⁽¹³⁾.

Motivar a vinda do homem para a participação em planejamento familiar é um desafio para o serviço de saúde, em virtude de fatos como as relações de gênero, os serviços, ainda, indisponíveis para a categoria masculina e a falta de reconhecimento dos profissionais de saúde acerca da necessidade de atenção e de uma assistência eficaz voltada para o homem⁽¹⁸⁾.

Sobre a continência periódica (abstinência sexual no período fértil), apesar de ser para o senso comum uma desvantagem do uso de métodos naturais, não se teve referência como tal no estudo. Tal resultado foi semelhante a estudo observacional, quantitativo e analítico que objetivou verificar o conhecimento, a aceitabilidade e o uso do planejamento familiar natural por usuárias de métodos anticoncepcionais atendidas em um hospital universitário, em que foram entrevistadas 117 e não houve relato do período de abstinência como motivo para não aceitar o método⁽⁴⁾.

A literatura científica internacional aponta que a frequência sexual de casais que usam métodos naturais em geral é igual aos que utilizam outros métodos, havendo apenas um “desloque” do período em que estas ocorrem, para os dias inférteis do ciclo feminino, se tornando mais frequentes quando o casal sente-se confortável com o método⁽⁵⁾.

Diante disso, é fundamental que profissionais de saúde ofereçam assistência eficaz, proporcionando educação em saúde, com ofertas de informações sobre métodos que incluam o planejamento familiar natural, proporcionando não apenas a mulher, como também ao homem, a possibilidade de tornarem-se autores da própria história sexual e reprodutiva, com autonomia para planejar ou espaçar as gestações, conforme o momento da vida do casal, pois planejar uma gestação envolve questões biopsicossociais dos indivíduos, logo, o casal precisa sentir-se seguro^(4,5).

CONCLUSÃO

Para as mulheres participantes deste estudo, o uso do Método de Ovulação Billings constituía um meio para o autoconhecimento do corpo, respeitando a natureza e estando consoante com os princípios religiosos, aduzindo satisfação e segurança quanto ao controle da fertilidade, de modo a motivar outras mulheres e/ou casais quanto ao uso do método analisado.

Logo, conclui-se que as mulheres participantes que utilizavam o Método de Ovulação Billings sentiam-se satisfeitas e seguras, sendo a participação do parceiro fundamental para ocorrência do método como planejamento familiar natural.

A escolha do método contraceptivo deve ser consciente e orientada, baseada em aspectos científicos, como também os comportamentais e sociais, considerando as necessidades de cada mulher / casal. Recomendamos que as ações de educação em

saúde sobre o planejamento sexual e reprodutivo considerem as vivências de homens e mulheres onde o método escolhido para o planejamento familiar seja valorizado a fim de promover a autonomia e escolhas conscientes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto - Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, ementa: regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1996 jan 15, p 561.
2. Dombrowski JG, Pontes JA, Assis WALM. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. Rev Bras Enferm. 2013; 66(6): 827-32.
3. Costa A, Rosado L, Florêncio A, Xavier E. História do Planejamento Familiar e sua Relação com os métodos Contraceptivos. Rev Baiana Saúde Pública. 2013;37(1):74-86.
4. Uchimura NS, Uchimura TT, Almeida LMM, Perego DM, Uchimura LYT. Conhecimento, aceitabilidade e uso do método Billings de planejamento familiar natural. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(3):516-23.
5. Magalhães AC, Pereira DAS, Jardim DMB, Caillaux M, Sales VBL. Vivência da mulher na escolha do Método de Ovulação Billings. Rev Bras Enferm. 2013;66(4):485-92.
6. Borges ALV, Cavallieri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Pregnancy planning: prevalence and associated aspects. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2):1679-84.
7. Singh S, Darroch JE. Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services Estimates for 2012, June 2012. In: Por escolha, não por acaso: Planejamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento. Relatório sobre a situação da população mundial. 2012.
8. Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. Recife: Editora Bagaço; 2005.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 11- Guzman L, Caal S, Peterson K, Ramos M, Hickman S. The use of fertility awareness methods (FAM) among young adult Latina and black women: what do they know and how well do they use it? Use of FAM among Latina and black women in the United States?. J Contraception. 2013; 88(2):232-8.
- 12- Patricia KJ, Jacki W, Kimberly McEvers K, Maithe E, Patricia A, Magda V, Eve M. Clinician Perceptions of Providing Natural Family Planning Methods in Title X Funded Clinics. J Midwifery Womens Health. 2012:57.
13. Araújo KNC, Bastos LAC, Moura RFE, Silva RM. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(5):2415-24.
14. Nicolau AIO, Dantas RC, Gadelha APP, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. Rev Eletr Enf [Periódico na Internet]. 2012 [citado 2016 jul. 12]; 14(1):164-70. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a19.pdf.
15. Mazzo MHSN, Brito RS, Santos FAPS. Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no pós-parto.

Rev Enferm UERJ. 2014; 22(5):663-7.

16. Costa IGD, Carvalho AA. Uso de contracepção por mulheres de diferentes grupos religiosos: diferenças ou semelhanças? Rev Horizonte. 2014; 12(36):1114-39.

17. Ujuju C, Anyanti J, Adebayo SB, Muhammad F, Oluigbo O, Gofwan A. Religion, culture and male involvement in the use of the Standard Days Method: evidence from Enugu and Katsina states of Nigeria. Rev Int Nurs. 2011; 58(4):484-90.

18. Bezerra MS, Rodrigues DP. Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar. Rev Rene. 2010; 11(4):127-34.

RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO QUANTO A SÍNDROME ALCOLICA FETAL NO PRÉ-NATAL FRENTE À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Ezequias Paes Lopes

Faculdade Pan-Amazônica-FAPAN

Belém-Pará

Eimar Neri de Oliveira Junior

Faculdade Metropolitana da Amazônia-FAMAZ

Belém-Pará

Ana Paula Lobo Trindade

Universidade Federal do Pará

Belém-Pará

Angela Maria dos Santos Figueiredo

Faculdade Pan-Amazônica-FAPAN

Belém-Pará

Rosilene Cunha de Oliveira

Universidade do Estado do Pará-UEPA

Silviane Hellen Ribeiro da Silva

Faculdade Pan-Amazônica-FAPAN

Belém-Pa

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Síndrome alcoólica Fetal (SAF) é considerada a principal causa evitável de exposição pré-natal do álcool, conhecida principalmente por ser uma consequência severa da exposição alcoólica ao feto (FILIPPETTI et al., 2014). A sua “prevalência no Brasil é de 38,7/1.000 nascimentos” (MESQUITA e SEGRE, 2009). **OBJETIVO:** Descrever o conhecimento das gestantes sobre a Síndrome alcoólica fetal durante o pré-natal. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, do

tipo relato de experiência, a partir dos preceitos de Charles Maguerez, utilizou-se a metodologia da problematização. **RESULTADO:** O estudo mostra que a prevalência do conhecimento das gestantes sobre Síndrome Alcoólica Fetal é minimamente discutida no pré-natal, quanto a isso, podemos dizer que a dificuldade no diagnóstico juntamente com a falta mais ampla de comunicação entre a gestante e o enfermeiro, assim como a falta de novos estudos principalmente no Brasil acaba influenciando para um déficit nesta etapa tão importante, mesmo podendo ser menor que a realidade, também foi percebida a falta de conhecimento por parte do enfermeiro na atenção primária no atendimento à gestante no pré-natal sobre SAF. **CONCLUSÕES:** O diagnóstico é difícil de ser realizado, pois nem todos os pacientes suspeitos apresentam os mesmos sinais clínicos do padrão assim como a confirmação de ingesta alcoólica materna por ser duvidosa, com tudo cabe ao profissional de enfermagem traçar plano de cuidado sistematizado para essas gestantes em cada consulta realizada com o enfermeiro.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem; gestantes; álcool; síndrome alcoólica fetal.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Fetal Alcohol Syndrome (FAS) is considered the main preventable cause of prenatal exposure to

alcohol, known mainly as a severe consequence of alcohol exposure to the fetus (FILIPPETTI et al., 2014). Its “prevalence in Brazil is 38.7 / 1,000 births” (MESQUITA and SEGRE, 2009). **OBJECTIVE:** To describe the knowledge of pregnant women about fetal alcohol syndrome during prenatal care. **METHOD:** This is a descriptive study, of the type of experience report, from the precepts of Charles Maguerez, the methodology of the problematization was used. **RESULTS:** The study shows that the prevalence of pregnant women’s knowledge about Fetal Alcohol Syndrome is minimally discussed in the prenatal care. In this regard, we can say that the difficulty in diagnosis together with the lack of communication between the pregnant woman and the nurse, as well as the lack of new studies mainly in Brazil ends up influencing a deficit in this important stage, even though it may be smaller than the reality, it was also noticed the lack of knowledge on the part of the nurse in the primary care in the care to the pregnant woman in prenatal care about SAF. **CONCLUSIONS:** The diagnosis is difficult to perform because not all the suspected patients present the same clinical signs of the pattern as the confirmation of maternal alcohol intake because it is doubtful, but it is up to the nursing professional to draw up a systematized care plan for these pregnant women in each consultation with the nurse.

KEYWORDS: Nursing; pregnant women; alcohol; fetal alcohol syndrome.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é vista hoje em todo o mundo como a estratégia mais efetiva para porta de entrada de usuários na rede e na universalização do acesso à saúde, cujos objetivos são a integralidade, a centralização na família, a coordenação e continuidade do cuidado (longitudinalidade), a orientação comunitária e a consequente resolubilidade desejada em face dos principais problemas apresentados pela população (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, a gestação encontra-se entre os primeiros motivos de consulta na APS. Caracteriza-se por um período de grandes transformações e que requer adaptação à chegada do novo membro da família, constituindo-se assim em um momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas, de promoção à saúde e de inclusão do parceiro/a, desde que esse seja o desejo da mulher, nas atividades de assistência à saúde da mulher (FEBRASGO, 2012).

Segundo Cabral e Oliveira (2010), o período gravídico é uma fase em onde a mulher necessita do apoio de todas as pessoas que a cerca, inclusive do seu companheiro, que também deve ser incentivado a compartilhar toda a assistência. O Ministério da Saúde, afirma que as gestantes constituem o foco principal de aprendizado, mas não se pode deixar de atuar, também, junto aos companheiros e familiares, pois os pais também têm dúvidas e anseios ocasionados pelas mudanças, que geram receio e insegurança. Para minimizar essa situação, é necessária a inclusão do parceiro/a e/ou família nos programas e serviços de saúde, garantindo-lhes, assim, o direito legal

de acompanharem as mulheres durante todo o pré-natal.

Dessa forma, as rotinas estabelecidas nas Unidades Básicas de Saúde devem respeitar sua territorialização, o que inclui normas sobre procedimento de busca ativa; visitas domiciliares; educação em saúde; inclusão do parceiro/a nas atividades de educação para a saúde da mulher; recepção e registro; convocação de pacientes; vinculação com a maternidade de referência; dispensação de medicamentos, vacinação, realização dos exames com acesso aos resultados em tempo adequado e encaminhamentos com garantia de manutenção do acompanhamento pela APS (CARRARO, 2016).

Assim, a atenção ao pré-natal, ao puerpério e ao RN constitui-se em um conjunto de consultas e visitas programadas da mulher e sua família à equipe de saúde da APS, objetivando o acompanhamento e a obtenção de uma adequada preparação para o parto e nascimento (FEBRASGO, 2012). Gusso e Lopes (2012), dizem que quando se trata de acompanhar, orientar, educar, promover ao parceiro à capacidade de oferecer apoio, com prontidão e de acordo com as necessidades percebidas, rastrear possíveis situações de risco e tratar intercorrências que possam interferir no bem-estar do bebê, da gestante e de sua família, essa correspondem as ações tidas como prioritárias de um pré-natal e do puerpério planejado.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado na vivência de uma acadêmica de enfermagem e enfermeiros na região metropolitana de Belém-Pa. A escolha em relatar a experiência ocorreu uma vez que possibilita descrever a vivência com base na interpretação, com objetividade e na fundamentação do aporte teórico. A experiência foi vivenciada durante as atividades práticas dos enfermeiros e uma acadêmica de enfermagem na atenção básica, ocorrido no período de 02 a 23 de março de 2017.

O estudo foi realizado em uma Estratégia Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde, localizado na região metropolitana de Belém, no Estado do Pará. Uma vez que tanto a ESF como a UBS acompanham a gestante no pré-natal.

A partir dos preceitos de Charles Maguerez, utilizou-se a metodologia da problematização, constituída de cinco etapas (MITRE et. al., 2008). A primeira etapa correspondeu à observação da realidade e a definição do problema. Durante as consultas de enfermagem com as gestantes, observou-se a falta de conhecimento das gestantes sobre a Síndrome Alcoólica Fetal, sendo um total de 10 gestantes com idade entre 15 e 23 anos de idade.

Na segunda etapa, realizou-se o levantamento dos pontos-chave, no qual se iniciou uma reflexão sobre os possíveis fatores de risco para o desenvolvimento da SAF que cada gestante apresentava. Nessa etapa avaliou-se: tempo de gestação,

idade; regularidade na consulta de enfermagem no pré-natal; quantidade de gestação; e o conhecimento sobre os possíveis danos que o álcool pode causar no feto caso seja feita a ingestão durante a gravidez.

Na teorização que compõe a terceira etapa, foi o momento de buscar respostas mais elaboradas para os problemas encontrados, com base nas informações fundamentadas em estudos científicos, que afirmam a gravidez e o parto são processos únicos, experiências especiais na vida da mulher e de seu parceiro, envolvendo também suas famílias e a comunidade, experiências significativas, para os que participam (BRASIL, 2017). Nesse contexto, a consulta de enfermagem representa importante instrumento de estímulo para a adesão e para o acompanhamento das gestantes, pois a escuta qualificada possibilita a abertura ao diálogo, esclarecimento das dúvidas, preocupações os motivos que impedem que as pessoas estejam prontas para a mudança. Ao compreender estas razões, o enfermeiro pode ajudar a descobrir os potenciais benefícios da mudança de estilo de vida sob o ponto de vista do paciente, o que possibilita pactuar com eles metas e planos relacionados à SAF.

Na quarta etapa, levantaram-se as hipóteses de solução, por meio do conteúdo pesquisado. A hipótese encontrada como medida de solução foi a realização de uma atividade educativa, com as gestantes e a equipe de enfermagem, que sensibilizasse a mesma a respeito dos riscos do desenvolvimento da SAF e utilização de adequadas intervenções, voltadas para a prevenção.

A quinta e última etapa do Arco de Charles Maguerez corresponde à intervenção sobre a realidade, com o objetivo de solucionar o problema identificado. Dessa forma, foi elaborado um folder educativo, constando o conceito de SAF, sua incidência, fatores de risco e intervenções de enfermagem, destacando o melhor método preventivo de acordo com a literatura. Ao entregar o folder, de forma individual, para cada gestante e membro da equipe de enfermagem, desenvolveu-se uma breve conversa sobre o tema em um curto tempo para não prejudicar as atividades da equipe.

Após a abordagem do tema e entrega do folder, de forma individual para cada gestante e membro da equipe de enfermagem, as participantes tiveram a oportunidade de expressar sua opinião relacionada ao assunto, esclarecer dúvidas e sugerir possíveis mudanças.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

A experiência proporcionou à acadêmica e aos enfermeiros a importância das ações de Educação em Saúde com o objetivo de promover a saúde com excelência. Acredita-se que essas ações devam ser executadas nos mais diversos cenários, até mesmo nas unidades básicas de saúde, que são ambientes com limitações para o desenvolvimento de ações, devido sua rotina de trabalho e público variado.

De acordo com Brasil (2017), a promoção da saúde é compreendida como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições

de vida conducentes à saúde e que envolvem a formação de atitudes e valores que levam os indivíduos ao comportamento autônomo, revertendo em benefício à sua saúde e à daqueles que estão à sua volta.

Buscando saberes diferentes, comprovados cientificamente e atualizados, os nós desenvolvemos essa atividade voltada para as gestantes e a equipe de enfermagem da ESF e UBS em questão. Vale ressaltar que, quando o profissional de enfermagem busca o seu aperfeiçoamento, está colocando em prática o Art. 14º do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que refere que os profissionais de enfermagem devem aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão (MAZZO, BRITO, SANTOS 2014).

Considerando o processo de trabalho, rotinas da ESF e da UBS e o pouco tempo disponível dos profissionais, a ação ocorreu das 09:00 às 11:00 horas da manhã nos referidos estabelecimentos. A ESF era composta por uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, um médico e tinham 05 gestantes, já a UBS tinha cinco técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, três médicos, fonoaudiólogo e uma psicóloga. Assim, na ESF participaram os três técnicos de enfermagem, um médico, um fonoaudiólogo e uma enfermeira. Enquanto que na UBS participaram os cinco técnicos de enfermagem e uma enfermeira. As outras enfermeiras não participaram da atividade porque não estavam presentes no momento da ação educativa proposta por nós.

A ação foi prioritariamente voltada para as gestantes e a equipe de enfermagem, pois é baseada no diagnóstico de enfermagem e nas intervenções de enfermagem que é possível traçar planos de cuidados para as gestantes. Porém, os demais profissionais que compunham a equipe multidisciplinar da ESF e UBS se interessaram pelo assunto e se envolveram na ação.

A atividade foi realizada simultaneamente nas próprias ESF e UBS, uma vez que era inviável para os profissionais deixarem seus postos se dirigirem para um único local, pois o horário da ação foi próximo da hora da consulta de enfermagem com as gestantes. A educação em saúde ocorreu de forma simples, onde primeiramente o grupo foi dividido, onde três realizaram a atividade na ESF e quatro membros do grupo realizaram a atividade na UBS. Após a divisão, cada integrante do grupo abordava as gestantes e os profissionais, fazendo o convite para participarem da ação educativa falando sobre o tema que seria abordado, e entregando o folder educativo.

No folder, estavam destacados o conceito de síndrome alcoólica fetal, seus fatores de risco e as principais intervenções de enfermagem baseadas na literatura atualizada. Após entregar o mesmo e abordar o tema, foi estabelecido um momento para que as gestantes e os profissionais pudessem fazer perguntas e tivessem a oportunidade de destacar quais métodos de intervenções seria utilizável nos cuidados com as gestantes quanto à prevenção da SAF.

As gestantes afirmaram que ainda não tinham ouvido falar na consulta de enfermagem sobre a SAF e alguns profissionais da equipe de enfermagem afirmaram

não falarem sobre a SAF com as gestantes, uma vez que não atentaram para os sinais e sintomas do uso de álcool por alguma gestante, além de relatar que não conheciam todos os riscos e nem o diagnóstico de enfermagem. Supõe-se que isto se deva ao diagnóstico de enfermagem “Risco de Síndrome Alcoólica Fetal”. Isso nos reflete a importância da atualização dos profissionais de enfermagem e a necessidade de ações educativas como essa temática.

O retorno proporcionado pelas gestantes e os profissionais que participaram da atividade foi bastante positivo, com aceitação e valorização do conhecimento construído, com profundas reflexões identificadas por meio dos discursos. Assim, constatou-se que uma atividade de Educação em Saúde, pautada nas reais necessidades do público alvo (gestantes), pode provocar mudanças significativas por meio da reflexão crítica, e com isso promover uma melhor assistência à saúde das gestantes que realizam o pré-natal. Ressalta-se que a orientação e planejamento da atividade a partir de um problema real identificado na experiência prática foram fundamentais para subsidiar a ação.

Contudo, todo profissional de enfermagem, principalmente os que atendem na Atenção Básica por lidar com mulheres gestantes e muitas vezes com riscos para o desenvolvimento para a SAF, onde este deve buscar novos conhecimentos, através da participação em eventos científicos, dentre outros métodos de atualização e capacitação. Pois, dessa forma o profissional poderá exercer suas atividades diárias com autonomia, segurança e excelência.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os riscos para síndrome alcoólica fetal são encontrados em todas as comunidades onde existam mulheres gestantes que façam uso de bebida alcoólica, que muitas vezes o enfermeiro não identifica em sua consulta se as mesmas fazem uso ou não. Dessa forma, a ação educativa realizada na ESF e UBS da região metropolitana de Belém, foi de grande relevância.

Porém, durante o estudo, foram encontradas poucas obras na literatura brasileira a respeito do tema. Sendo assim, acredita-se ser extremamente importante que os profissionais de enfermagem realizem mais estudos abordando os riscos e as intervenções voltadas para a prevenção da síndrome alcoólica fetal, principalmente na Atenção Básica, onde o paciente depende de um cuidado sistematizado e da equipe multidisciplinar.

Apartir da revisão da literatura, conseguimos perceber a importância dos cuidados com a SAF, onde esta pode deixar sequelas gravíssimas no feto. Esse despertar para a pesquisa e o exercício do pensamento crítico são fundamentais para a formação de um profissional capacitado. Além disso, a experiência da vivenciada na prática foi o maior incentivo para aprofundar-se no tema e buscar soluções para os problemas

identificados.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual técnico de pré-natal e puerpério**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Carraro TE. **A mulher no período puerperal: uma visão possível**. Texto Contexto Enfermagem. 2016; 6(1): 84-91.

Cabral FB, de Oliveira DLLC. **Vulnerabilidades de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44 (2): 368-75. doi: 10.1590/S0080- 62342010000200018

Carvalho GM. **Enfermagem em obstetrícia**. São Paulo: EPU; 2016.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASCO). **Recomendação sobre a suplementação periconcepcional de ácido fólico na prevenção de defeitos de fechamento do tubo neural**. FEBRASGO: 2012.

Gusso, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Mazzo MHSN, de Brito RS, dos Santos FAPS. **Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto**. Ver enferm UERJ. 2014;22(5):663-7. doi: 10.12957/ reuerj.2014.15526

APLICAÇÃO DOS MARCOS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL POR ENFERMEIROS SEGUNDO A ATENÇÃO INTEGRADA AS DOENÇAS PREVALÊNCIA NA INFÂNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Hortência Moura

Enfermeira, graduada pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Especializando em Enfermagem em Bloco Operatório pela Universidade Maurício de Nassau – UNINASSAU.

Ivana Barbosa Cardoso

Enfermeira, graduada pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Graduada em Auditoria em Serviços de Saúde Pública e Privada pelo Centro de Qualificação e Ensino Profissional.

Caroline Lucas Mendes

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Ana Karinne Dantas de Oliveira

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, bolsista de Iniciação Científica do CNPq.

Mirna Albuquerque Frota

Prof^a. Dr^a. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

RESUMO: Objetivou-se analisar as evidências científicas sobre a importância da aplicação dos marcos de desenvolvimento infantil até 12 meses por enfermeiros segundo o AIDPI. Estudo de revisão integrativa da literatura científica com busca no levantamento bibliográfico via internet, por meio da (BVS) Lilas, Scielo e BDENF, composta por referências bibliográficas da literatura técnico-

científica brasileira em Enfermagem no período de 2006 a 2016. Dos 09 artigos selecionados para leitura 08 foram extraídos das revistas brasileiras de enfermagem, e um da revista brasileira de medicina, que variam dentre 2010 à 2015. Observou ênfase no período de 2011 e 2012 com três publicações nos respectivos anos. Construído um quadro para abordar o delineamento da pesquisa. Conclui-se a necessidade de mais pesquisas relacionadas a aplicação desse instrumento, bem como a qualificação de multiprofissionais, incentivo e supervisão por meio das políticas públicas e dos gestores visando a aplicação de maneira sistemática e integral.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento infantil; Atenção Integrada as Doenças Prevalência na Infância; Enfermeiro; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: The objective was to analyze the scientific evidence on the importance of implementation of child development milestones within 12 months by nurses according to IMCI. integrative review study of scientific literature search of the literature via the Internet, through the (BVS) Lilas, Scielo and BDENF composed of references of the Brazilian technical and scientific literature in nursing from 2006 to 2016. Of the 09 selected articles reading 08 extracted from Brazilian nursing journals, and a Brazilian magazine of medicine, ranging from 2010 to

2015 observed emphasis on the 2011 and 2012 period with three publications in the respective years. built a framework to address the research design. The conclusion is the need for more research related to the application of this instrument, as well as the qualification of multidisciplinary, encouragement and supervision through public policies and managers to really act the application of systematic and comprehensive manner.

KEYWORDS: child development; the integrated disease prevalence in children; nurse

RESUMEN: Analizar la evidencia científica sobre la importancia de la aplicación de las etapas de desarrollo del niño dentro de los 12 meses por las enfermeras de acuerdo con la AIEPI. estudio de revisión integradora de la búsqueda en la literatura científica de la literatura a través de Internet, a través de la (BVS) Lilas, SciELO y BDENF compuesta por referencias de la literatura técnica y científica brasileña en enfermería entre 2006 y 2016. De los 09 artículos seleccionados lectura 08 extraída de las revistas de enfermería de Brasil, y una revista brasileña de la medicina, que van desde 2010 hasta 2015 observó énfasis en el período 2011 y 2012 con tres publicaciones en los respectivos años. construido un marco para abordar el diseño de la investigación. La conclusión es la necesidad de más investigaciones relacionadas con la aplicación de este instrumento, así como la calificación de multidisciplinar, el estímulo y la supervisión a través de políticas y gestores públicos a actuar realmente la aplicación de manera sistemática y global.

PALABRAS-CLAVE: desarrollo del niño; La prevalência de la enfermedad em niños integrada; enfermera.

1 | INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) define Desenvolvimento Infantil (DI) como um processo que vai desde a concepção indo até o crescimento físico, passando pela maturação. A infância é um período que se faz necessário maior observação e cuidados, em virtude do intenso desenvolvimento no sistema nervoso, tornando-o mais susceptível às doenças ou agravos à saúde. No Brasil o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 5 anos faz parte da avaliação na consulta da puericultura. Nesse momento o profissional avaliará o peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação e intercorrências entre outras diversas anotações e orientações que devem ser registrados a cada atendimento no cartão da criança (BRASIL, 2005).

O acompanhamento do crescimento infantil deve ser realizado de forma continua para que seja possível a detecção precoce de alguma alteração que a criança venha a apresentar e assim ser orientada e encaminhada, se preciso, à outro especialista para uma nova avaliação afim de que não seja prejudicada em seu processo de crescimento e desenvolvimento (OPAS, 2005).

O desenvolvimento infantil é uma área que insere todos os profissionais da saúde

para seu acompanhamento e para ter uma grande eficiência os profissionais trabalham em equipe realizando as avaliações e as intervenções terapêuticas que esta criança precisa por toda a infância. Os profissionais devem ter foco nos principais domínios na fase do desenvolvimento da criança na qual é composta por quatro áreas muito importante que são: motora; linguagem; adaptativa ou cognitiva; e social ou pessoal (COELHO et al, 2007).

Em uma perspectiva de mudança na assistência em 1980 o MS criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), elaborado com intuito favorecer tomada de decisão com problemas relacionados à saúde materno-infantil. Por vários anos à saúde da criança manteve-se interligada à saúde materno-infantil, porém entre as décadas de 80 e 90 houve uma crescente conquista no âmbito da saúde da criança com o objetivo de diminuir a incidência de agravos à saúde da criança e a mortalidade infantil através da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, trazendo várias mudanças no modelo de saúde. (BRASIL,2007)

De acordo com o Portal Saúde SUS a enfermagem desenvolve um papel primordial na Estratégia Saúde da família (ESF) que vai desde o desenvolvimento de ações individuais à assistência de forma coletiva, podendo atuar em unidades básicas de saúde, residências, escolas, associações comunitárias, entre outros locais, através da assistência de enfermagem, educação e saúde, como as demais assistências respectivas do enfermeiro envolvendo saúde da criança, adolescente, adulto e idoso, nas mais diferentes situações do processo saúde-doença.

A Lei nº 7.498/86 regulamentou o exercício da enfermagem e estabeleceu a puericultura essa atividade como privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986). Foi elaborada a Resolução do COFEN/159 ao qual foi estabelecida a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem para todos os níveis de assistência a saúde em toda instituição pública e também privada, que regulamenta todas as ações que o enfermeiro tem que ter na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames que o enfermeiro pode exercer (COFEN, 1993).

O enfermeiro é o profissional que detém o conhecimento fundamental para a puericultura ao qual ele irá realizar a avaliação da criança no momento da consulta e também o responsável para as tomadas de decisões e orientações que devem ser passadas a família da criança ou o responsável que estará acompanhando na consulta. Assim esse profissional poderá prestar serviço e oferecer um cuidado integral e humanizado a criança, bem como na sua família, pois deverá saber o contexto socioeconômico, cultural e familiar que essa criança se encontra (FALBO, 2012).

Para Ribeiro (2009) na consulta de puericultura o enfermeiro tem como objetivo principal acompanhar o desenvolvimento da criança e prestar assistência sistematizada de enfermagem de uma forma global ou individualizada para que possam identificar os problemas de saúde ou doenças, assim executando e avaliando os cuidados para contribuir para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do

paciente. Para a realização da consulta o enfermeiro deverá seguir uma sequência que irá começar pelo histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem e avaliação da consulta.

No que se refere à promoção da saúde através aplicação desta normatização de políticas de saúde para reduzir a morbidade e mortalidade infantil o enfermeiro tem um papel primordial na assistência primária destacando-se na assistência de enfermagem na consulta de puericultura que tem como propósito observar e avaliar o crescimento e desenvolvimento, acompanhar o calendário de imunização, incentivar e orientar o aleitamento materno, instruir acerca da introdução da alimentação complementa, prevenir e/ou amenizar agravos às doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como doenças diarreicas e as infecções respiratórias. Estas atribuições podem e devem ser realizadas pelo médico e/ou enfermeiro.

O desenvolvimento infantil passou a fazer parte de todas as ações para promoção da saúde da criança proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na década de 90 criando a Estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) que foi implantado no Brasil como prioridade das políticas de saúde do Ministério da Saúde (MS) para a população infantil com foco na atenção primária, tendo como principal objetivo redução da mortalidade infantil, e agravos do desenvolvimento existente no Brasil através de melhoria na qualidade no atendimento que será prestado a criança com base na capacidade dos profissionais, organização dos serviços e educação da família. Essa implantação no Brasil esta sendo realizada no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo a região do norte e nordeste em 1997 como as pioneiras desta implantação e assim foi avançando rapidamente pelo território nacional, pelos bons resultados alcançados. Os principais motivos que levaram o Norte e o Nordeste terem sido os pioneiros, por apresentarem piores indicadores socioeconômicos e de saúde entre a população infantil brasileira, necessitando de um rigoroso acompanhamento das crianças desta região.

Para que houvesse a ampliação da assistência na saúde da criança foram criados parâmetros de desenvolvimento infantil de forma que auxiliassem a avaliação do profissional no momento da consulta de puericultura. De acordo com o manual

“A estratégia AIDPI se alicerça em três pilares básicos: o primeiro é a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada; o segundo é a reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e o último é a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente os menores de cinco anos de idade”. (OPAS; 2002; p.7)

Seu objetivo não consiste em diagnósticos específicos de uma determinada doença, mas identificar sinais e sintomas que permitem a avaliação do profissional responsável pela consulta de puericultura à normalidade no desenvolvimento da criança ou a intensidade do retardo do mesmo, a partir daí o profissional deverá orientar a mãe ou o responsável pela criança a incentivar estímulos que levem à ações que

possam ser reavaliadas com maior atenção na consulta subsequente, permanecendo ou agravando essa dificuldade ou exclusão de ações, o profissional classifica o desenvolvimento como provável atraso no desenvolvimento, possível atrasado no desenvolvimento, desenvolvimento normal com fatores de risco, desenvolvimento normal, com isso deverá seguir algumas condutas referentes a estes resultados. (OPAS,2005).

Considerando o crescente número de consultas de puericulturas notou-se a necessidade de destacar a relevância do enfermeiro junto a aplicação a Atenção Integrada as Doenças Prevalência na Infância AIDP para que detecção prematura de natureza psicomotor para sua intervenção possa minimizar quaisquer agravos no seu desenvolvimento, desta forma a pesquisa demonstra o quanto o enfermeiro deve estar capacitado e atento aos principais marcos da infância.

O presente artigo tem como objetivo analisar as evidencias científicas acerca da importância da aplicação dos marcos de desenvolvimento infantil até 12 meses por enfermeiros segundo o AIDPI.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa. Os seguintes passos: definição do tema e questão norteadora (problema) e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); busca na literatura; análise e categorização dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos principais resultados e a elaboração do documento que contempla todas essas fases.

Para guiar a pesquisa, formulou-se a seguinte questão: Qual o papel do enfermeiro no desenvolvimento da criança de até 12 meses de idade?

A busca das publicações indexadas foi realizada em fevereiro a maio de 2016 nas seguintes bases de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Optou-se por estas bases de dados e biblioteca por entender que atingem a literatura publicada nos países da América Latina e Caribe, como também referências técnico-científicas brasileiras em enfermagem e incluem periódicos conceituados da área da saúde. Foi utilizado o cruzamento do descritor “estudantes de enfermagem” com a palavra-chave “estresse”, por essa não se tratar de um descritor. Destaca-se que foi utilizado “and” entre o descritor e a palavra-chave “ desenvolvimento infantil”.

Os critérios de inclusão utilizados na busca e seleção de estudos foram: pesquisas que abordassem a temática desenvolvimento infantil, publicadas em português; no período de 2006 a 2016; em formato de artigos científicos que estejam disponíveis por completo eletronicamente. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados; na biblioteca pesquisadas;

teses e dissertações; publicações em inglês e espanhol. Salienta-se que a busca foi realizada de forma ordenada, respectivamente, BDENF, SCIELO e LILACS; desta maneira as publicações que se encontravam indexadas em mais de uma, foram selecionadas na primeira busca.

Na busca inicial, 120 artigos foram encontrados, 34 na BDENF, 26 na LILACS e 60 na SciELO. Pela leitura dos resumos, foram excluídos estudos em duplicidade nas diferentes bases de dados ou em idiomas distintos dos definidos, como critério para inclusão e aqueles que, conforme percebido após a leitura, não atendiam ao tema proposto. Dos 20 artigos, lidos na íntegra, apenas 09 responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta revisão

Dos 09 artigos lidos na íntegra, criamos um instrumento para facilitar o estudo e a interpretação dos resultados. Os dados do Quadro 1 resumem as informações dos estudos analisados

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Número	Título	Autor	Revista	Ano	Objetivo
1	A avaliação do desenvolvimento infantil: um desafio interdisciplinar	Alvim et. al	Revista Brasileira de Educação Médica	2012	Avaliar o desenvolvimento de crianças de 2 meses a 2 anos de idade por meio da Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), no contexto do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET- saúde)
2	Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil Segundo a estratégia da atenção integrada às doenças Prevalentes na infância	Santos, Quintão e Almeida	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2010	Intuito de conscientizar os profissionais de saúde sobre a importância da vigilância do desenvolvimento infantil através da estratégia AIDPI, a fim de detectar precocemente a ocorrência de variações para oferecer orientações à família e, se necessário, fazer o encaminhamento para diagnóstico e intervenção
3	Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família	Campos, Ribeiro, Silva e Saporoli	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2011	Compreender o significado atribuído a consulta de enfermagem em puericultura, pelo enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família.
4	História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas	Araújo et al.	Revista Brasileira de Enfermagem	2014	Descrever e refletir sobre os aspectos relacionados à história social e às políticas públicas de assistência à saúde da criança no Brasil.

5	Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção Primária	Santos et al.	Cogitare Enfermagem	2015	Caracterizar as hospitalizações de crianças menores de cinco anos por CSAP, no município de Cuiabá-Mato Grosso (MT), entre 2007 e 2011.
6	Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à Saúde da criança, Cariré - Ceará	Ximenes Neto et al.	Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.	2011	Analisar as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família-ESF, durante o cuidado individual ou coletivo às crianças
7	Prevalência da anemia em crianças avaliada pela palidez palmar e exame laboratorial: implicações para Enfermagem	Silva et al.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2011	Buscou-se analisar a prevalência de anemia ferropriva em crianças e comparar os dados obtidos pelo método clínico "palidez palmar" e exame laboratorial em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Panambi/RS.
8	Puericultura em enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano	Gauterio, et al	Revista Brasileira de Enfermagem	2012	Descrever o perfil da população menor de um ano atendida na consulta de enfermagem em Puericultura em uma Unidade Básica de Saúde, em Rio Grande- RS e avaliar a associação entre situação nutricional e presença de candidíase oral, candidíase perineal e dermatite irritativa das fraldas.
9	Puericultura na atenção primária à Saúde: atuação do enfermeiro	Vieira et al.	Cogitare Enfermagem	2012	Conhecer aspectos relacionados à atuação do enfermeiro na puericultura

Quadro 1. Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, autores, periódico e ano de publicação e objetivo

Fonte: Autoras, 2016

No Quadro 1 apresenta-se os artigos incluídos na revisão integrativa sendo possível visualizar a distribuição dos estudos selecionados para essa revisão, considerando o título, os autores, o periódico e o ano de publicação, bem como o objetivo.

Foram analisados nove artigos, tendo oito artigos extraídos de revistas brasileiras de enfermagem, e um da revista brasileira de medicina, que variam dentre 2010 à 2015, exceto em 2013 sem nenhuma publicação referente ao objetivo da pesquisa, observou ênfase no período de 2011 e 2012 com três publicações nos respectivos anos. Em relação ao delineamento da pesquisa, foram identificados: três relatos de experiência, um estudo bibliográfico e um estudo descritivo qualitativo.

Aos objetivos dos estudos selecionados, nota-se concentração de estudos na atuação de enfermeiros durante consultas de puericulturas à crianças (3 artigos publicados), em seguida artigos que trazem o acompanhamento do desenvolvimento infantil através da Atenção Integrada as Doenças Prevalência na Infância- AIDPI (dois

artigos publicados), atuação do enfermeiro na atenção básica(um artigo publicado), políticas públicas voltadas para a criança(um artigo publicado), hospitalização de criança por anemia ferropriva,(um artigo publicado).

Após a leitura dos artigos foi possível organizar o conteúdo em duas categorias: Desenvolvimento infantil segundo a estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI e Atuação do enfermeiro na Puericultura

Categoria 1	Categoria 2
Desenvolvimento Infantil Segundo a Estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI	Atuação do Enfermeiro na Puericultura

DESENVOLVIMENTO INFANTIL SEGUNDO A ESTRATÉGIA DA AIDPI

O desenvolvimento infantil é uma área que concerne a todos os profissionais da saúde. Monteiro reafirma que é de extrema importância que todas as ações voltadas para a assistência à saúde sejam desenvolvidas com características de intercâmbio coeso e coerente dos profissionais envolvidos, devendo ser interdisciplinar. (AGUIAR, 2012)

É na infância que a criança adquire as habilidades necessárias para as etapas posteriores do desenvolvimento. Quando este é satisfatório, contribui para a formação de um sujeito com suas potencialidades desenvolvidas, já que os primeiros anos de vida são considerados um período de grande oportunidade para o crescimento e o desenvolvimento sendo, também, um período de vulnerabilidade.

O Desenvolvimento Infantil (DI) são mudanças nas estruturas físicas, neurológicas, cognitivas e comportamentais do indivíduo que ocorrem de forma ordenada e relativamente duradouras, pode ser entendido, também, como mudanças nas funções corporais, incluindo aquelas influenciadas por fatores emocionais e sociais, um desenvolvimento infantil adequado contribui para a geração de indivíduos com maior senso crítico, aptos a enfrentarem dificuldades, tornarem-se adolescentes, jovens e adultos sadios e socialmente produtivos.(ALMEIDA,2012; SANTOS,2012.)

Ao que foi exposto pelos autores supracitados, Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI é um instrumento mediador do conhecimento físico e biológico do desenvolvimento infantil, pelo o qual o enfermeiro tem como destaque durante as consultas, como tempo que ele se dispõe á averiguar os marcos desse desenvolvimento, para que qualquer atraso venha ser corrigido ou minimizado em tempo suficiente para que não haja maiores danos a esta criança.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PUERICULTURA

Para Falbo (2012) o acompanhamento do desenvolvimento deve ser realizado na atenção primária à saúde, e deve contar com o apoio da família, comunidade e profissionais da saúde. Deve ser feito de forma regular, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil, com o objetivo de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância, contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, e realizadas através da puericultura.

Vale ressaltar que o enfermeiro detém o conhecimento necessário para avaliação da criança, decisões e orientação da família. Para oferecer um cuidado integral e humanizado, o enfermeiro necessita considerar a criança no contexto socioeconômico, cultural e familiar no qual está inserida.

As orientações estão pautadas em ações que envolvem a educação em saúde. Além da vacinação, outras medidas podem ser adotadas no combate a patologias prevalentes na infância, como é o caso da higiene do recém-nascido. Dessa forma, as orientações sobre os cuidados com a higiene, levando-se em consideração as condições de moradia, educação, cultura e renda da família, são fundamentais na prevenção de doenças. (SILVA, 2012; VIEIRA et al., 2012)

É evidenciado, a importância do enfermeiro diante do que é proposto no AIDPI, através da formação acadêmica, onde é enfatizado o cuidado ao recém-nascido a criança, bem como as alterações normais, e anomalias que podem e devem ser percebidas e referenciadas durante o atendimento realizado pelo enfermeiro, tendo como destaque as consultas de puericultura.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo se faz necessário mais pesquisas relacionadas a aplicação desse instrumento, bem como a qualificação de multiprofissionais acerca da relevância da atenção do atendimento de crianças de zero a 12 meses de idade durante não somente as consultas de puericulturas privativas do enfermeiro, porém nos demais atendimentos prestado pela equipe de saúde, baseando-se no âmbito de cada profissão, para que de forma integrada ambos possam atuar estimulando, observando e agindo mediante a atrasos no desenvolvimento das respectivas crianças.

Conclui-se a necessidade de incentivo e supervisão por meio das políticas públicas e dos gestores para que sejam realmente aplicados este e outros instrumentos que possam avaliar o crescimento biológico, cognitivo, psicomotor, social desta criança. A relevância é perceptível ao analisarmos casos de crianças que tiveram durante suas consultas mensais uma atenção voltada a essas questões vistas durante elaboração do respectivo artigo, em relação a outrem que apenas tiveram suas consultas sem o cuidado necessário durante o processo de desenvolvimento do mesmo.

Estes fatos são comuns e passam despercebidos durante os atendimentos muitas vezes pela alta demanda e o tempo quase que cronometrado para cada um, bem como um índice alto profissionais temporários, ocasionando um déficit de interação mãe – enfermeiro, e um vínculo de confiança que é fundamental para que sejam uma extensão do que se propõem o profissional durante as consultas de puericultura.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Juliane Pagliari et al. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601000

BRASIL. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1986 [citado 2009 jun. 20]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A - Normas e Manuais Técnicos).

COELHO, Z.A.C; REZENDE, M.B. Atraso no Desenvolvimento. In: **Terapia Ocupacional Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.p. 299-307

COELHO ZAC, Rezende MB. Atraso no Desenvolvimento. In: **Terapia Ocupacional Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.512-8

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 159/ 1993, de 19 de abril de 1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 1993 [citado 2009 jun. 20] Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>

FALBO, B.C.P; ANDRADE, R.D; FURTADO, M.C.C; MELLO, D.F. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2012;65(1):148-54

MONTEIRO, R.C.S. Neonatologia In: **Terapia Ocupacional Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 512-18

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, DC; 2005.

RIBEIRO, C.A; OHARA, C.V.S; SAPAROLLI, E.C.L. Consulta de enfermagem em puericultura. In: Fujimori E, Ohara CVS. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole; 2009. p. 223-47.

SANTOS, Marcia Elena Andrade; QUINTÃO, Nayara Torres; ALMEIDA, Renata Xavier de. **Avaliação dos Marcos do Desenvolvimento Infantil Segundo a Estratégia da Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância**. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300022

SANTOS, Ingrid Leticia Fernandes dos et al. **Hospitalização de Criança por Condições sensíveis à Atenção Primária**. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742014000100005&script=sci_arttext

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimaraes et al. **Práticas do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção à Saúde da Criança, Cariré-Ceará**. 2011. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/136-praticas-doenfermeiro-da-estrategia-sade-da-familia-na-ateno-sade-da-crianca-carire->

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: NOVAS PERSPECTIVAS E AÇÕES PROGRAMÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE ESCOLARES

Juliana Amaral Rockembach

Universidade Federal de Pelotas – Pelotas RS

Francielle Bendlin Antunes

Universidade Federal de Pelotas – Pelotas RS

RESUMO: O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído no Brasil em 2007, busca fortalecer as experiências desenvolvidas no ambiente escolar e promover a articulação das ações vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) com a rede pública de ensino. O foco desse trabalho foi desenvolver ações educativas e avaliações clínicas nos educandos matriculados numa Escola Estadual de Ensino Fundamental no Município de Pelotas, no período compreendido de setembro a dezembro de 2014. Participaram das intervenções 127 escolares da faixa etária entre 06 e 19 anos. Dentre as ações realizadas ocorreram: avaliações da acuidade visual, avaliação odontológica, aferição da pressão arterial, orientações sobre alimentação saudável, prevenção de acidentes, sexualidade, higiene, etc. Obteve-se como resultado mais impactante nas orientações referidas a prevenção de IST's, gravidez durante a adolescência, riscos ocasionados pelo uso de álcool, drogas e tabagismo. E obteve-se menor adesão na avaliação da saúde bucal. Para a realização deste foi utilizado o protocolo do Programa Saúde na Escola do Ministério da

Saúde (2009), que por meio de estratégias e ações, contempla quatro eixos, tais como: Organização e gestão focada na estrutura, processo de trabalho e equipe; Monitoramento por meio de instrumentos e registros para avaliar o desenvolvimento da intervenção; Engajamento público onde há o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e unidade básica; e Qualificação clínica para os profissionais, tanto da área da saúde quanto da educação visando o melhoramento dos serviços oferecidos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança;

ABSTRACT: The Health in School Program (PSE), instituted in Brazil in 2007, seeks to strengthen the experiences developed in the school environment and promote the articulation of actions linked to the Unified Health System (SUS) with the public school system. The focus of this work was to develop educational actions and clinical evaluations in students enrolled in a State School of Elementary Education in the Municipality of Pelotas, from September to December 2014. Participants included 127 students aged between 6 and 19 years. Among the actions taken were: visual acuity assessments, dental assessment, blood pressure measurement, guidelines on healthy eating, accident prevention, sexuality, hygiene, etc. The most striking result was the guidance

on prevention of STIs, pregnancy during adolescence, risks due to alcohol use, drugs and smoking. There was lower compliance in oral health assessment. In order to achieve this goal, the Health Program in the School of the Ministry of Health (2009) protocol was used, which, through strategies and actions, contemplates four axes, such as: Organization and management focused on structure, work process and team; Monitoring by means of instruments and records to evaluate the development of the intervention; Public engagement where there is a strengthening of the link between the community and basic unit; and Clinical qualification for professionals, both in the area of health and education in order to improve the services offered.

KEYWORDS: Family Health; Primary Health Care; Child Health;

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE) resulta de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, instituído em 05 de dezembro de 2007 pelo Decreto Presidencial n.º 6.286, na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino, englobando alunos de nível fundamental, médio, gestores e profissionais da educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais abrangente, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA) (BRASIL, 2011). O PSE confere os valores da promoção da saúde por abordar seus princípios fundamentais, que de acordo com (WESTPHAL, 2006), envolvem a integralidade, a equidade, a participação social, o empoderamento, a autonomia, a sustentabilidade e a intersetorialidade.

Dessa forma, o espaço escolar se apresenta como rico e produtivo território de promoção de saúde, ampliação das capacidades comunitárias, desenvolvimento das habilidades pessoais, que visam tomar decisões saudáveis e suportar pressões negativas, além de apontar a reorientação de serviços para a promoção da saúde. Um fator significativo para que o PSE tenha êxito é a intersetorialidade entre saúde e educação, a qual se expressa como um processo de aprendizagem e determinação dos atores, que deve se reverter em uma gestão integrada, com capacidade de responder com eficácia à solução de problemas da população de um determinado território (JUNQUEIRA, 2004).

A promoção da saúde tem como desafio o desenvolvimento de métodos de avaliação que valorizem os processos e resultados em seu sentido político (relações entre os setores), econômico (a origem do provimento dos recursos) e social (fomento da participação e do empoderamento), e também em sua contribuição para a qualidade de vida das populações além dos resultados numéricos (SALAZAR, 2011; SALAZAR; GRAJALES, 2004).

Infelizmente os escolares procuram a UBS somente quando estão doentes, quando a causa já está instalada, tem-se como exemplo: a gestação ou até mesmo

alguma doença sexualmente transmissível, a partir disto o profissional de saúde passar a prestar cuidado ao usuário. Mas pensando em uma melhor qualidade de vida dos seus usuários a ESF por meio de seus colaboradores procura dar assistência dentro da escola, com a permissão dos profissionais da educação, através do esclarecimento de como é importante o autocuidado, visando conscientizar os usuários a se prevenirem de 23 doenças, incentivando-os para que procurem a UBS também com o objetivo de se prevenirem.

Sendo assim, o estudo teve como objetivo geral melhorar a atenção com relação à Saúde dos escolares de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental na área do território de uma Estratégia de Saúde da Família em Pelotas – RS. Além disso, teve como objetivos específicos: Ampliar a cobertura de atenção à saúde na escola; Promover melhor qualidade em saúde por intermédio da educação em saúde.; Melhorar a adesão às ações na escola; Melhorar o registro das informações e promover a saúde das crianças, adolescentes e jovens.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, utilizando o método da pesquisa intervenção. Previamente à coleta de dados o projeto foi encaminhado a um comitê de ética em pesquisa, obtendo aprovação sob o parecer número 15/12. Após a aprovação entrou-se em contato com a diretora da escola para realizar as atividades propostas. Foi realizada nos meses de setembro a dezembro no ano de 2014, em uma UBS e em uma Escola de Ensino Fundamental no município de Pelotas. Foram desenvolvidas ações educacionais, avaliações clínicas e capacitações para os profissionais da área da saúde e da educação, sobre temas relevantes que foram abordados junto aos alunos.

A implantação e melhoramento do Programa de Saúde na Escola foi o foco das intervenções já que o programa tinha implantação recente, e eram necessários ajustes para a implantação e organização do trabalho na UBS. O público beneficiado foram estudantes da educação básica, pais dos estudantes, comunidade e profissionais de educação e saúde. Com a intervenção se pode notar a melhoria em relação à ampliação das ações educacionais voltadas para a comunidade adstrita, e conseqüentemente aumentando os níveis de saúde por intermédio da prevenção. As ações desenvolvidas neste estudo bem como o período que foram realizadas estão expressas no Quadro abaixo.

Ação	1º mês				2º mês				3º mês			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitar a equipe da UBS sobre o protocolo do PSE.	X											
Capacitar o corpo docente sobre os temas abordados ao longo do ano com os alunos em aulas.	X		X		X		X		X		X	
Capacitar a equipe (profissionais de saúde e docentes) para o preenchimento correto dos documentos de registro	X											
Organizar os recursos disponíveis junto à escola e UBS para o desenvolvimento das atividades.	X					X			X			
Organizar da agenda da UBS dos profissionais envolvidos na promoção da saúde na escola	X											
Reunião com a equipe diretora para apresentar as ações do projeto e definirmos datas possíveis das ações sem prejuízo nas atividades diárias.	X				X				X			
Avaliar registros já existentes na escola alvo sobre o perfil da população frequentadora.	X	X										
Elaborar lista com nome e contato das crianças que faltam as atividades na Escola.				X					X			
Realizar visitas domiciliares para busca ativa das crianças faltosas.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar os registros, para um monitoramento constante das ações.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar junto à equipe da UBS e docentes a necessidade de melhorias e estratégias mais eficazes no projeto.	X			X			X			X		
Promoção da saúde por meio de palestras, dinâmicas e oficinas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação clínica nos educandos da escola alvo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião com os pais sobre as atividades desenvolvidas na escola.			X				X				X	
Desenvolver atividades que envolvam a comunidade para identificar junto a ela as necessidades em relação às crianças, adolescentes e jovens que podem ser trabalhadas na escola				X			X				X	
Confecção das planilhas para monitoramento das atividades desenvolvidas.	X											
Reunião com os professores para identificar o que eles podem fazer no cotidiano para auxiliar na promoção da saúde.	X			X				X				
Monitoramento e avaliação das atividades prestadas.	X		X		X		X		X		X	

Buscar parceria com gestor municipal para garantir material adequado e pessoal (equipe de saúde bucal) para avaliação e atendimento das crianças e adolescentes.	X	X										
Definição de cada membro da equipe para desempenho das atividades tanto na UBS como na escola.	X	X										

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação e melhoramento do Programa de Saúde Escolar foi objetivo desta intervenção já que o programa tinha implantação recente, e eram necessários devidos ajustes para uma devida implantação e organização do trabalho na Unidade Básica de Saúde Simões Lopes, no município de Pelotas. A seguir, serão apresentados os resultados provenientes da intervenção, de acordo com os seus objetivos e suas respectivas metas e indicadores:

Objetivo: Ampliar a cobertura de atenção à saúde na escola.

Meta: Ampliar a cobertura das ações na escola para 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo da intervenção.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo submetidas às ações em saúde; Na área adstrita contemplada ESF há 10.593 usuários entre crianças e adolescentes, sendo que 860 frequentam a escola, conseguiu-se atingir assim a cobertura em 87%, pois dos 127 alunos, somente 16 não fazem parte da área de abrangência da escola-alvo da intervenção. Ações essas que tiveram como população total no primeiro mês de 127 alunos, mantendo o mesmo número no segundo e terceiro mês, sendo que a escola é relativamente pequena, conseguiu-se atender a todos os alunos.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde na escola.

Meta: Realizar avaliação clínica e psicossocial em 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com implantação do programa de saúde escolar.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com avaliação clínica e psicossocial. Essa meta foi realizada no decorrer da intervenção, com a colaboração da equipe. No primeiro mês atingimos 73 crianças (57,5%) e no segundo e terceiro mês atingimos 121 crianças (95,3%), não participando seis alunos por motivo de desencontro na ação.

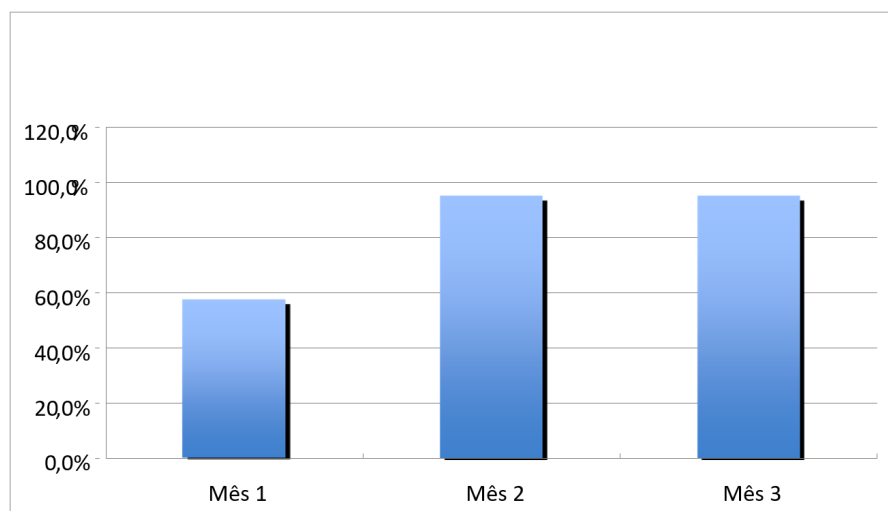


Figura 01: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com avaliação clínica e psicossocial. Pelotas, RS, 2014.

Meta: Realizar aferição de pressão arterial em 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com aferição de pressão arterial. Foi realizado no primeiro mês de intervenção um circuito de avaliações clínicas com os educandos da escola alvo, sendo uma das ações a verificação dos níveis pressóricos. Neste atingiu-se 73 crianças (57,5%) destas, já no segundo e terceiro mês 121 crianças (95,3%) destas, não participando somente seis alunos por motivo de desencontro na ação. Uma dificuldade encontrada para não obtenção da meta proposta foi às ausências frequentes dos alunos nessa ação.

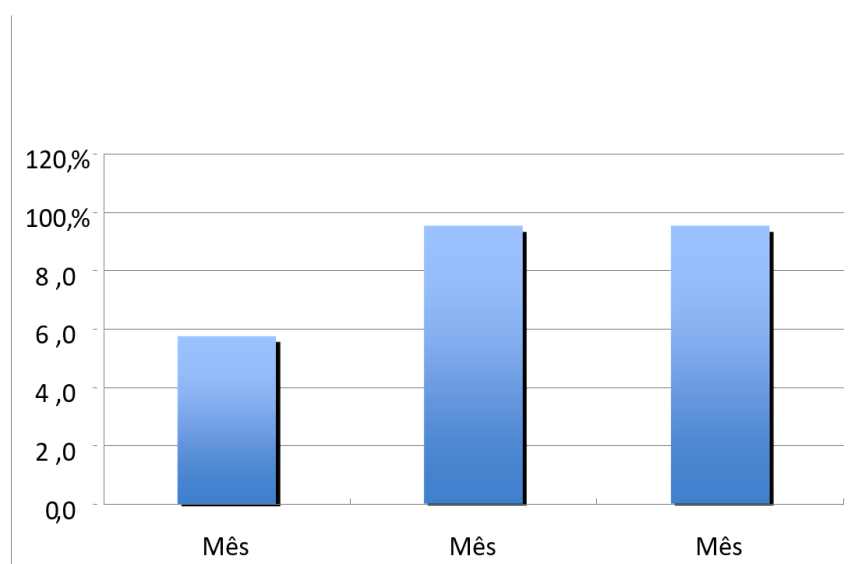


Figura 02: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com aferição da pressão arterial. Pelotas, 2014.

Meta: Realizar avaliação da acuidade visual em 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na

escola alvo com avaliação da acuidade visual. Essa meta foi realizada no decorrer da intervenção, com a colaboração da equipe. No primeiro mês atingiu-se 73 crianças sendo este valor (57,5%) destas e no segundo e terceiro mês 121 crianças sendo este valor (95,3%) destas e não participando seis alunos por motivo de desencontro na ação.

Uma dificuldade encontrada para não obtenção da meta proposta foi às ausências frequentes dos alunos nesse procedimento.

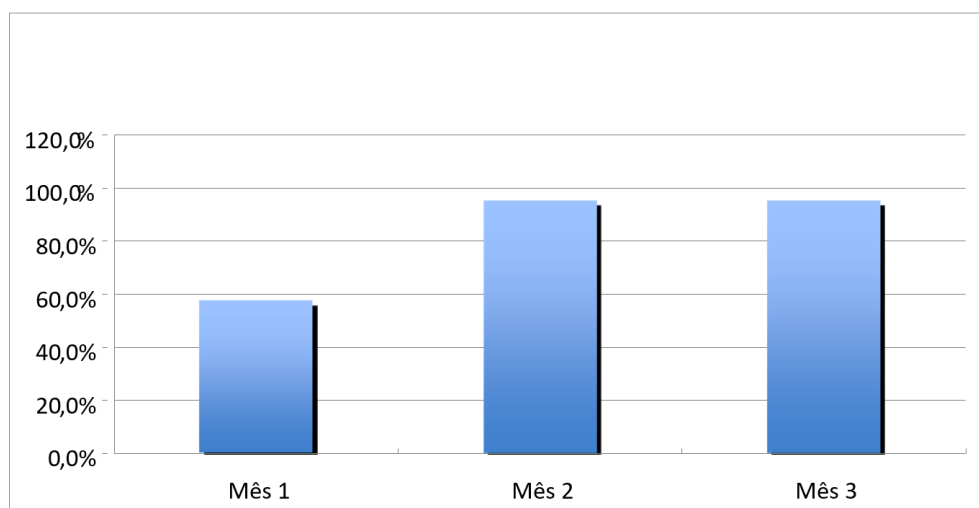


Figura 3: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com avaliação da acuidade visual. Pelotas, 2014.

Meta: Atualizar o calendário vacinal em 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com atualização do calendário vacinal.

Essa meta foi realizada no decorrer da intervenção, com a colaboração da equipe, que no primeiro e segundo mês atendeu 115 crianças sendo estas (90,6%) do total e não tendo participado doze alunos por motivo de desencontro na ação. Esta foi realizada no segundo mês, pois tivemos encontro no primeiro mês com os professores para que esta ação acontecesse a partir do segundo mês, dando como prioridade as orientações educacionais.

Um fator encontrado que dificultou neste procedimento, contribuindo para a não obtenção da meta proposta foi à baixa contribuição dos alunos em fornecer a caderneta de vacina.

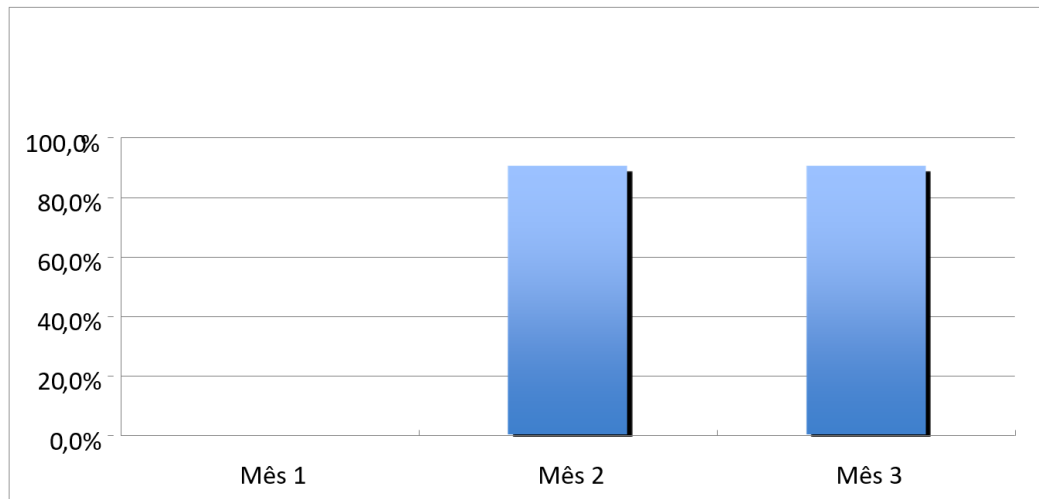


Figura 4: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com atualização do calendário vacinal. Pelotas, 2014.

Meta: Realizar avaliação nutricional em 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com avaliação nutricional. Foi realizada avaliação nutricional no decorrer da intervenção para os alunos do turno da tarde. No segundo e terceiro mês 46 crianças sendo este valor (36,2%) do total de alunos, não participando 81 alunos. Uma dificuldade encontrada para não obtenção em 100% da meta proposta foi à dificuldade de conciliar as demais atividades que a nutricionista realiza. Esta ação foi realizada somente com os alunos que estavam presentes no dia do encontro no turno da tarde, pois a nutricionista já tinha uma programação feita para o ano todo, sendo que além da escola, ela também realiza visitas domiciliares, como atividades dentro da unidade básica de saúde e de sua agenda. Por este motivo foi realizado somente um encontro, já tendo agendado os próximos encontros durante o ano de 2015.

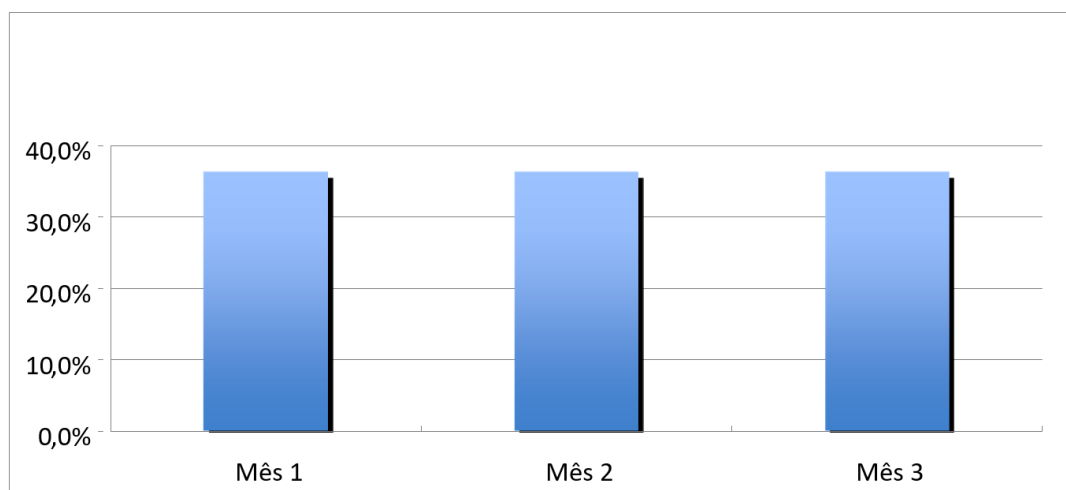


Figura 5: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com avaliação nutricional. Pelotas, 2014.

Meta: Realizar avaliação da saúde bucal em 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com avaliação da saúde bucal.

Foi realizada no circuito de avaliações, a avaliação da saúde bucal, sendo esta realizada no decorrer da intervenção com a colaboração da equipe.

No segundo mês 19 crianças foram participaram sendo este valor (15,0%) destas e no terceiro mês 108 crianças, sendo (85,0%) destas, não participando 19 crianças por motivo de desencontro na ação.

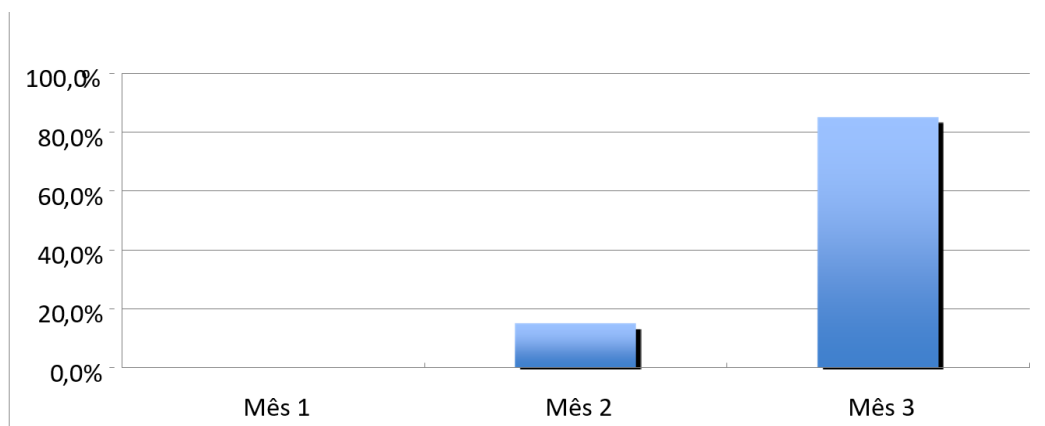


Figura 6: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com avaliação da saúde bucal. Pelotas, 2014.

Objetivo: Melhorar a adesão das ações na escola.

Meta: Fazer busca ativa de 100% das crianças, adolescentes e jovens que não compareceram às ações realizadas na escola alvo.

Indicador: Proporção de buscas realizadas às crianças, adolescentes e jovens que não compareceram às ações realizadas na escola;

A busca ativa foi realizada em 100% desses alunos, atingindo a meta proposta, no segundo e terceiro mês. Foram realizadas buscas pela escola, pela unidade básica de saúde através das agentes de saúde que realizaram visitas semanais, assim como pelo contato telefônico. Esta ação foi realizada no segundo e terceiro mês, pois estávamos nos inteirando do assunto do PSE.

Uma dificuldade encontrada para esse procedimento foi à resistência dos usuários pelo contato telefônico, pois muitos pais não atendiam e os números estavam desatualizado na UBS e a escola não conseguiu contato para conversar sobre a evasão escolar de seus filhos.

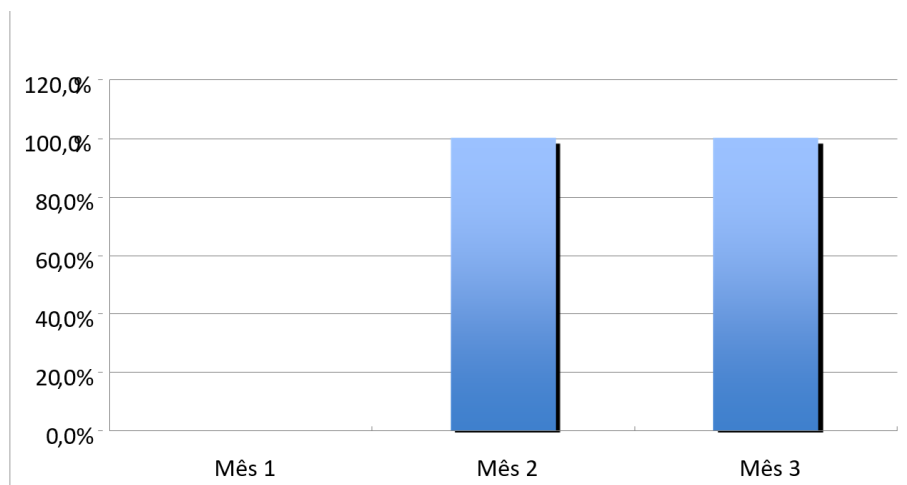


Figura 07: Proporção de buscas realizadas às crianças, adolescentes e jovens que não compareceram às ações realizadas na escola. Pelotas, 2014.

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

Meta: Manter na UBS o registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com registro atualizado.

Foi realizado na UBS o registro por meio de planilhas e prontuário para manter os registros atualizados dos educandos da escola alvo. No segundo mês 19 crianças num percentual de (15,0%) destas, no terceiro mês 111 crianças sendo (87,4%) destas e não participando 16 alunos por motivo de desencontro na ação. Uma facilidade diante desse processo foi o engajamento da equipe das agentes de saúde junto do trabalho que estava desenvolvendo para deixar esses registros atualizados. Uma dificuldade desse processo foi que alguns alunos não fazem parte da área de abrangência, sendo então atendidos por outras Unidades Básicas de Saúde, números de telefones inexistentes e não sendo encontrando ninguém na sua residência.

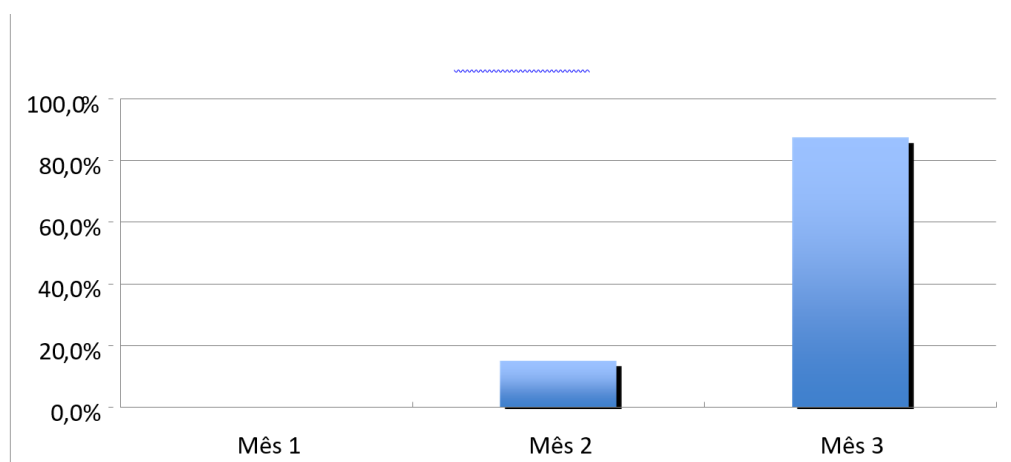


Figura 08: Proporção de crianças, adolescentes e jovens com registro atualizado. Pelotas, 2014.

Objetivo: Promover a saúde das crianças, adolescentes e jovens.

Meta: Proporcionar orientação nutricional para 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes matriculados na escola alvo com orientações nutricionais. Foram realizadas orientações nutricionais por intermédios de palestras e dinâmicas com os educandos da escola, através da utilização temáticas da pirâmide alimentar, onde foram expostos alimentos saudáveis e não saudáveis. No primeiro, segundo e terceiro mês atingiu-se 46 crianças sendo este valor um total (36,2%) destas. Esta ação foi realizada somente com os alunos que estavam presentes no dia do encontro pelo turno da tarde, pois a nutricionista já tinha uma programação feita para o ano todo, sendo que além de atender a escola, esta também realiza visitas domiciliares, atividades dentro da unidade básica de saúde e tem sua agenda. Por este motivo foi realizado somente um encontro, já tendo agendado os próximos encontros durante o ano de 2015. Uma dificuldade encontrada para não obtenção de 100% da meta proposta foi à dificuldade de conciliar as demais atividades que a nutricionista realiza.

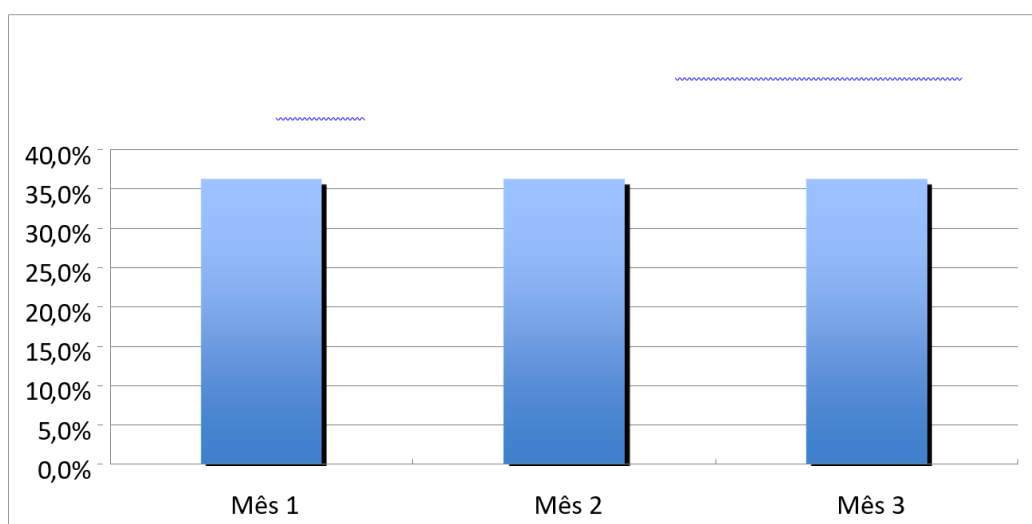


Figura 09: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com orientações nutricionais. Pelotas, 2014.

Meta: Orientar 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo sobre prevenção de acidentes, sendo estes orientados (conforme faixa etária de idade).

Indicador: Proporção que crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo que sejam orientados sobre a prevenção de acidentes.

Foram realizadas orientações sobre a prevenção de acidentes, por intermédio de palestras com a contribuição das acadêmicas de enfermagem.

No terceiro mês 108 crianças referindo-se a estas (85,0%) do total de alunos, não participando 19 alunos por motivo de desencontro na ação.

Esta ação foi realizada no último mês de intervenção, pelo fato que não é somente a Unidade Básica de Saúde que realiza esta atividade, sendo que outras entidades

realizam também atividades com os alunos. Por este fato a UBS é realiza encontro semanal, sendo este acordado com a diretora da escola.

Uma dificuldade encontrada para não obtenção de 100% da meta proposta foram às ausências frequentes dos alunos nesta ação.

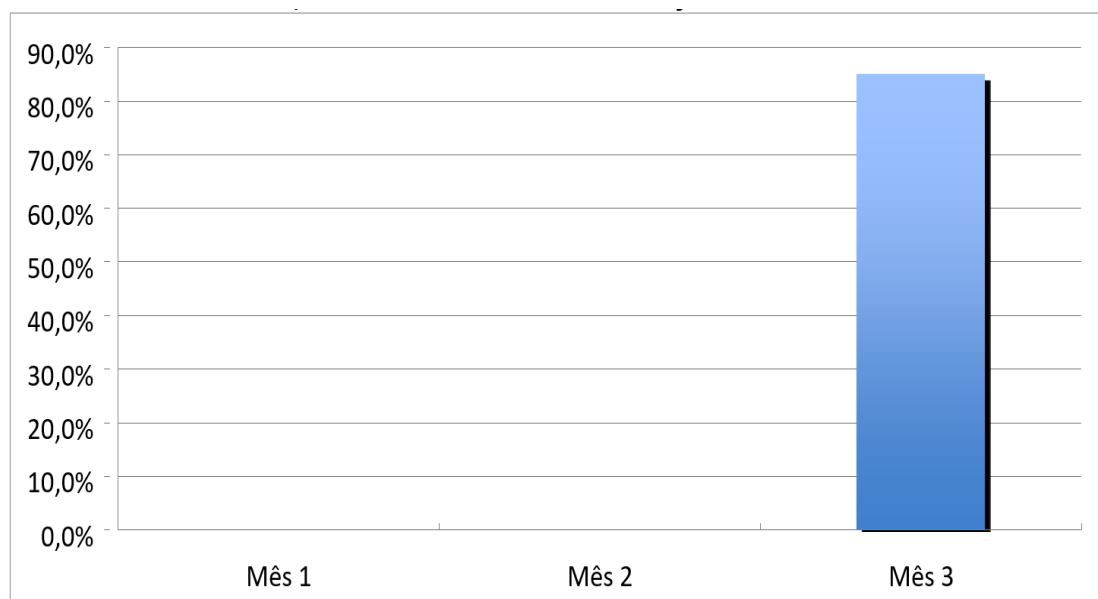


Figura 10: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo que foram orientados sobre prevenção de acidentes. Pelotas, 2014.

Meta: Orientar 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo para prática de atividade física.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com orientação para prática de atividade física;

Foram realizadas também nesses meses de intervenção, atividades educativas orientações sobre a importância da atividade física, por meio de palestras, dinâmicas, tendo como abordagens os benefícios para o corpo, as patologias que podem ser evitadas ou estimuladas pela pratica de esportes.

No terceiro mês 102 crianças, sendo (80,3%) do número total de crianças, não participando 25 alunos por motivo de desencontro na ação.

Esta ação foi realizada no último mês de intervenção, pelo fato que não é somente a Unidade Básica de Saúde que realiza atividades na escola, sendo que outras entidades realizam também atividades com os alunos. Por este fato, a UBS somente realiza um encontro semanal, sendo este acordado com a diretora da escola. Foi realizada também uma dinâmica no dia da ação social, mostrando a importância da atividade física pelos professores de educação desta área. Um facilitador desta pratica foi à parceria com os professores para que esse processo ocorresse, onde eles também forneciam orientações para os alunos durante as suas aulas. Uma dificuldade encontrada para não obtenção de 100% da meta proposta, foram às ausências frequentes dos alunos nesta ação.



Figura 11: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com orientação para prática de atividade física. Pelotas, 2014.

Meta: Orientar 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo para o reconhecimento e prevenção de bullying.

Indicador: Proporção que crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo sejam orientadas quanto ao bullying;

Foram realizadas orientações sobre bullying, por intermédio de palestras onde os alunos puderam tirar suas dúvidas, e identificar quais são as ações que caracterizam o bullying. No terceiro mês 104 crianças, num percentual de (81,9%) destas, não participando 23 alunos por motivo de desencontro na ação. Esta ação foi realizada no último mês de intervenção, pelo fato que não é somente a Unidade Básica de Saúde que realiza atividades na escola, sendo que outras entidades realizam também atividades com os alunos. Por este fato, a UBS faz somente um encontro semanal, o qual é acordado com a diretora da escola. Um facilitador nesse processo foi o engajamento e curiosidade dos próprios alunos em relação a esse assunto, o qual é tão comentado na televisão, nas redes sociais e também em outros meios.

Uma dificuldade encontrada para a não obtenção da meta proposta de 100%, foi às ausências frequentes dos alunos nesta ação.

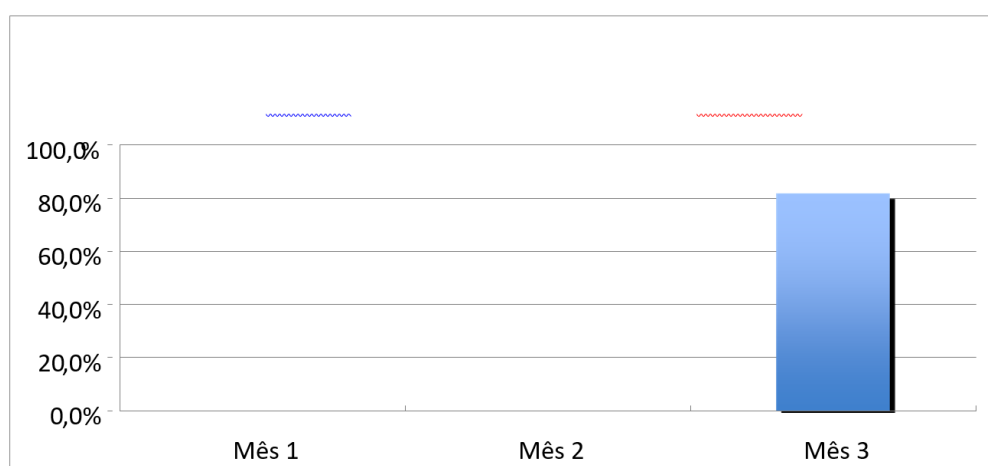


Figura 12: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo orientados quanto a bullying. Pelotas, 2014.

Meta: Orientar 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola

alvo para o reconhecimento das situações de violência e sobre os direitos assegurados às vítimas de violência.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo que foram orientados sobre violência;

Foram realizadas também no terceiro mês das atividades educativas orientações sobre a violência, por meio de palestras, dinâmicas, tendo como abordagens específicas o que é caracterizado como violência, os direitos das vítimas, quais órgãos procurar para buscar ajuda, entre outros assuntos pertinentes ao tema. No terceiro mês participaram 104 crianças, sendo estas (81,9%) do total destas, não participando 23 alunos por motivo de desencontro na ação. Esta ação foi realizada no último mês de intervenção, pelo fato que não é somente a Unidade Básica de Saúde que realiza atividades, sendo que outras entidades também realizam atividades com os alunos. Por este fato, a UBS faz somente um encontro semanal, o qual é acordado com a diretora da escola. Uma dificuldade encontrada para não obtenção da meta proposta de 100%, foi às ausências frequentes dos alunos nesta ação.

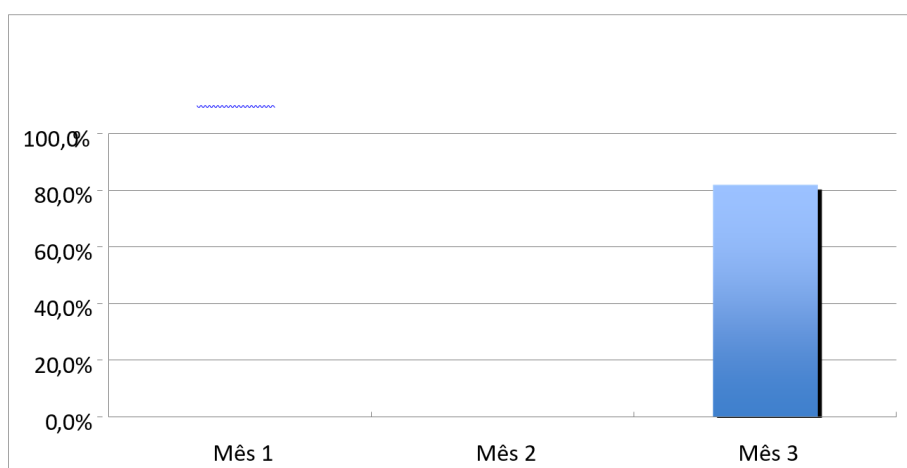


Figura 13: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo que foram orientados sobre violência. Pelotas, 2014.

Meta: Orientar 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo sobre os cuidados com o ambiente para promoção da saúde.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo que foram orientados sobre cuidados com o ambiente para promoção da saúde. Essa meta foi realizada no decorrer da intervenção, com a colaboração da equipe. No mês um atingimos 44 crianças num percentual de (34,6%) destas e no segundo e terceiro mês 118 crianças totalizando (92,9%) destas, não participando nove alunos por motivo de desencontro na ação.

Um facilitador foi à participação de toda a equipe para abordar esse assunto, visto que o bairro onde se encontra a Unidade Básica de Saúde é considerado um bairro perigoso. Uma dificuldade encontrada para não obtenção da meta proposta de 100%, foi às ausências frequentes dos alunos nesta ação.

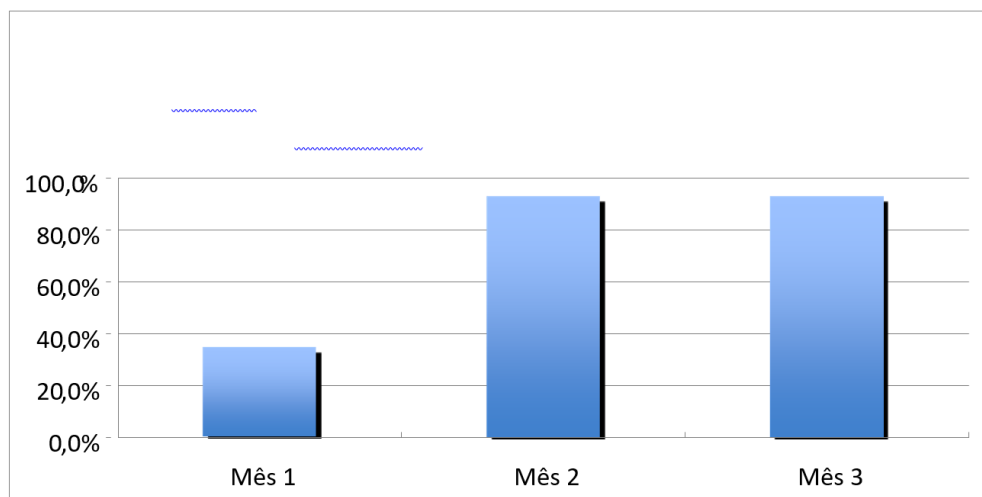


Figura 14: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo que foram orientados sobre cuidados com o ambiente para promoção da saúde. Pelotas, 2014.

Meta: Orientar 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo sobre higiene bucal.

Indicador: Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com orientações sobre higiene bucal;

Essa meta foi realizada no decorrer da intervenção, com a colaboração da equipe. No mês dois e três 117 crianças (92,1%), onde foram abordadas questões sobre a correta escovação dental, a importância do fio dental, patologias provenientes da má escovação e foram respondidos questionamentos levantados pelos alunos. A facilidade encontrada foi à parceria com o GTI-M para dar início na intervenção e a dificuldade foi a não obtenção da meta proposta de 100%, pois houve a dificuldade da dentista em se inserir na intervenção.

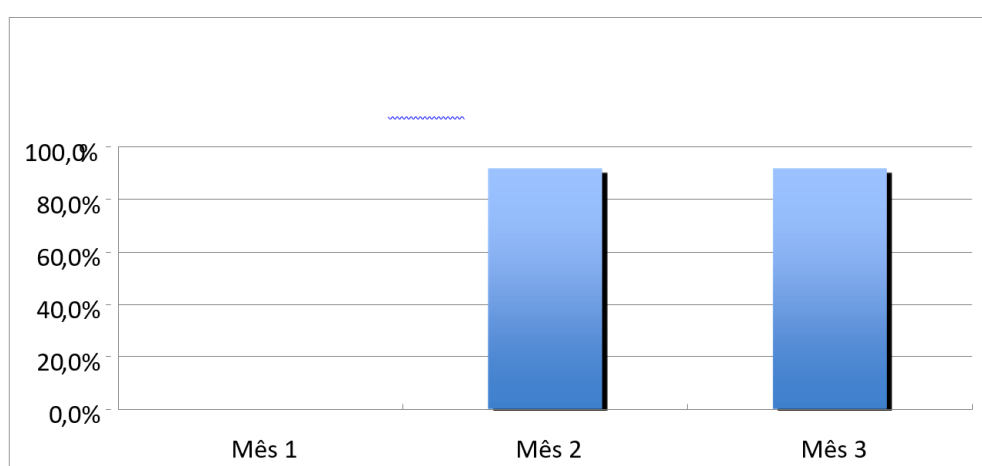


Figura 15: Proporção de crianças, adolescentes e jovens com orientações sobre higiene bucal. Pelotas, 2014.

Meta: Orientar 100% dos adolescentes e jovens matriculados na escola alvo sobre os riscos do uso de álcool e drogas.

Indicador: Proporção de adolescentes e jovens com orientações sobre os riscos

do álcool e das drogas.

Na atividade educativa de orientações sobre álcool, substâncias lícitas e ilícitas foram abordadas questões como os malefícios causados por estes, como doenças desenvolvidas pelo uso frequente, danos causados ao organismo, abstinência e a violência que é gerada nesse processo de drogadição.

Foi atingida a meta de 100% no terceiro mês, ou seja, 127 alunos se fizeram presentes na atividade o total de 21 alunos na faixa etária acima dos 12 anos, sendo estes muito colaborativos nessa temática, pois levantaram questionamentos importantes sobre o tema proposto. Um facilitador foi à interação dos alunos sobre o assunto. Esta ação é considerada muito importante independente da faixa etária do aluno.

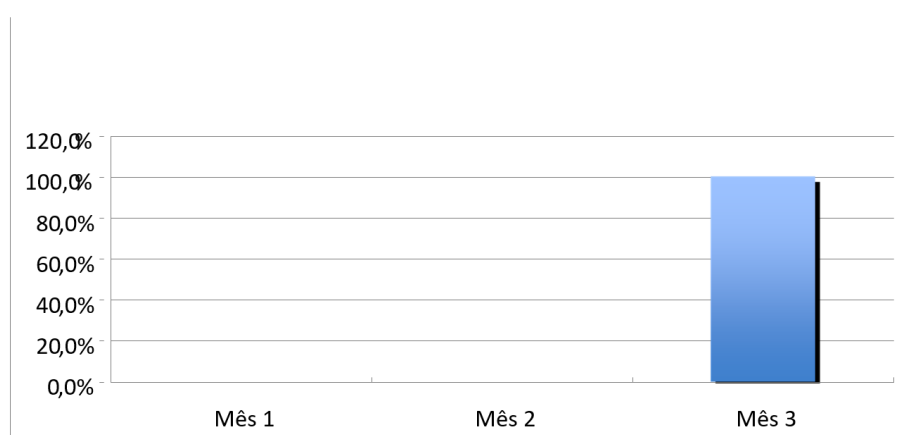


Figura 16: Proporção de jovens e adolescentes com orientações sobre os riscos do álcool e das drogas. Pelotas, 2014.

Meta: Orientar 100% dos adolescentes e jovens matriculados na escola alvo sobre os riscos do tabagismo.

Indicador: Proporção de adolescentes e jovens com orientações sobre tabagismo

Na atividade educativa de orientações sobre o tabagismo foram abordadas questões como os malefícios do tabagismo, doenças desenvolvidas com o uso frequente deste, danos que este pode causar ao organismo, abstinência, violência e estímulo para utilização de substâncias mais pesadas através deste processo. Foi atingida a meta de 100% no terceiro mês, ou seja, 127 alunos presentes na atividade que tinha como total de alunos 21 na faixa correspondente, levantando questionamentos importantes para o tema proposto já que a maioria faz uso do tabaco, pela influência dos próprios pais que são usuários. Um fator que apresentou dificuldade foi à influência de pais e familiares com hábitos tabagistas, onde eram explicados os malefícios, mas o exemplo do convívio familiar era levado em consideração entre as colocações expostas nessa atividade.

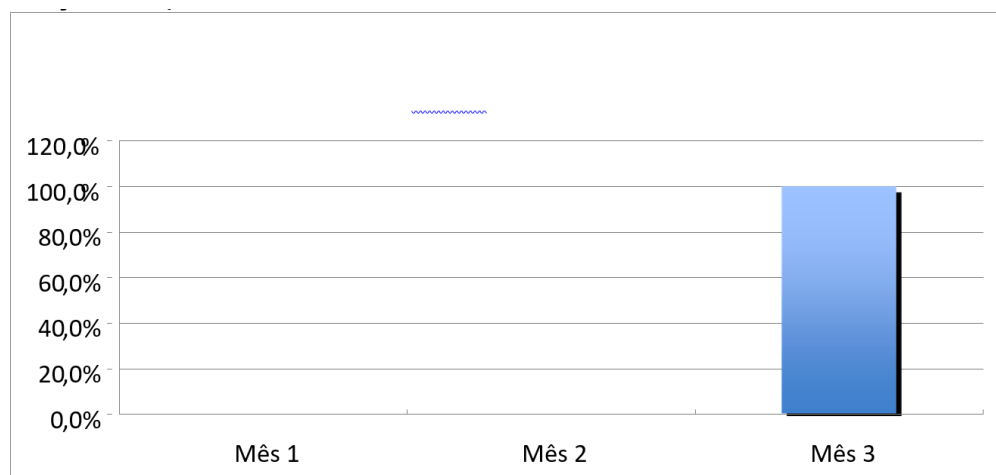


Figura 17: Proporção de crianças, adolescentes e jovens com orientações sobre tabagismo. Pelotas, 2014.

Meta: Orientar 100% dos adolescentes e jovens matriculados na escola alvo sobre a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Indicador: Proporção de adolescentes e jovens com orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis;

Na atividade educativa de orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis foram desenvolvidas dinâmicas, e palestras sobre os assuntos, sempre sanando as dúvidas dos alunos. Foi atingido 100% da meta no segundo e terceiro mês, ou seja, 127 alunos presentes na atividade sendo 21 alunos na faixa correspondente, onde houve uma boa interação, pois os alunos se interessam pela temática, levantando questionamentos importantes para o tema proposto. Esta ação é considerada muito importante independente a da faixa etária do aluno.

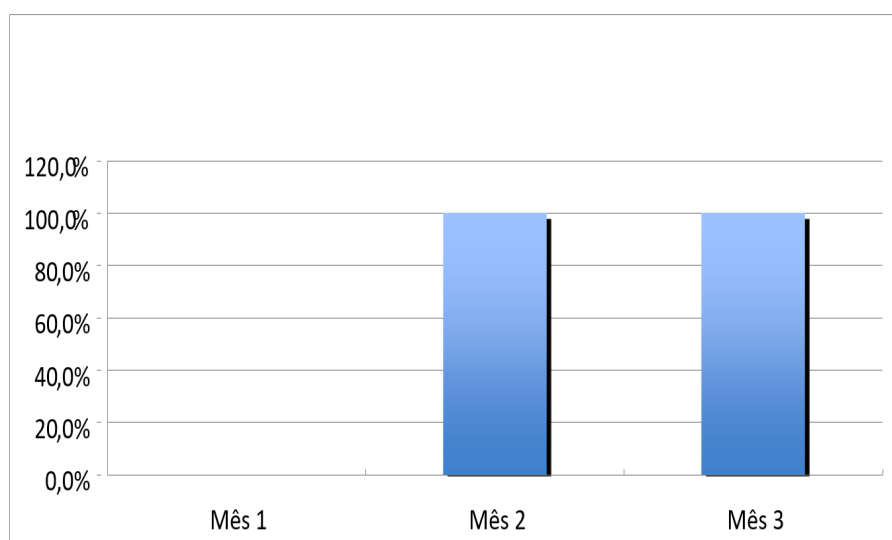


Figura18: Proporção de jovens e adolescentes com orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis. Pelotas, 2014.

Meta: Orientar 100% dos jovens e adolescentes matriculados na escola sobre prevenção da gravidez na adolescência.

Indicador: Proporção de adolescentes e jovens com orientações sobre prevenção de gravidez na adolescência.

Na atividade educativa de orientações sobre gravidez na adolescência foram desenvolvidas dinâmicas, e palestras sobre o assunto, sempre sanando os questionamentos dos alunos. Foi atingido 100% da meta no segundo e terceiro mês, ou seja, 127 alunos presentes na atividade sendo 21 alunos na faixa correspondente, onde houve uma boa interação, pois os alunos se interessam pela temática, levantando questionamentos importantes para o tema proposto.

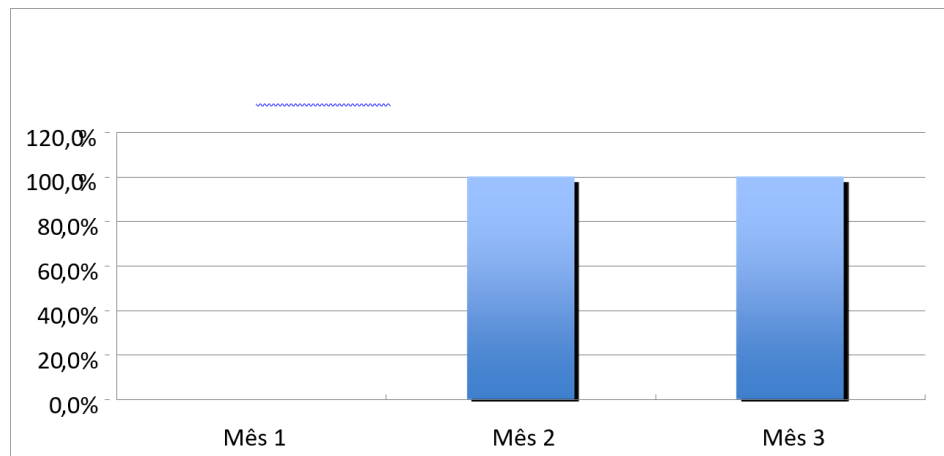


Figura 19: Proporção de jovens e adolescentes com orientações sobre prevenção de gravidez na adolescência. Pelotas, 2014.

CONCLUSÃO

Com as ações propostas na intervenção pode-se notar uma organização na implantação do programa saúde na escola (PSE), ampliação da cobertura da atenção da saúde do aluno, melhoramento na qualidade do serviço oferecido realizando todas as avaliações clínicas, como avaliação antropométrica. Realização de busca ativa mais eficiente com os alunos da escola-alvo (crianças e adolescentes) com uma parceria e engajamento maior da escola, onde se realizou maior número de buscas dos alunos evadidos, através de visitas domiciliares e por contato telefônico. Atualização dos registros dos educandos na unidade básica de saúde, assim como melhoramento nas formas de registros para um maior controle das atividades realizadas. Ampliação das ações educacionais por intermédio das orientações nutricionais, prevenção de acidentes, práticas das atividades físicas para educandos do nível fundamental, e orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na precece, drogadição entre outros temas para todas as faixas etárias, visto que é importante desde cedo alunos terem conhecimento do que irá enfrentar pela frente, porém no registro das planilhas foram marcados conforme orientação, somente para adolescentes a partir dos 12 anos de idade.

A intervenção trouxe melhorias para a equipe por meio de capacitações,

atualizando os funcionários sobre protocolos preconizados pelo ministério da saúde, assim como organizar a equipe atribuindo aos enfermeiros o monitoramento das planilhas de atualização dos educandos. Organização do serviço para que a equipe trabalhasse com alcance de metas, com cronograma semanal de ações que deveriam ser desempenhadas propiciando melhor planejamento e remanejamento da equipe para desenvolver as ações na escola. Houveram melhoramentos para o serviço através da ampliação das ações e do reforço do vínculo entre unidade básica de saúde e escola, pois com aumento do convívio a escola se sente mais acolhida por ter profissionais de saúde mais inseridos no contexto escolar podendo trazer resolutividade nos problemas e conflitos encontrados. Com a intervenção pode-se notar um melhoramento em relação à ampliação das ações educacionais voltadas para a comunidade adstrita, e conseqüentemente aumentando os níveis de saúde por intermédio da prevenção. A população também se tornou mais inserida nos assuntos de saúde e atualizada em relação às ações desenvolvidas na escola com seus filhos, esclarecendo dúvidas em saúde, assim como opinar em relação às ações desempenhadas no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Unidade Básica de Saúde**. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/ubs-unidade-basica-de-saude>> Acesso em: 25.08.214

JUNQUEIRA, L. P. A **gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

SALAZAR, L. de; GRAJALES, C. D. **La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación em promoción de la salud**. Um estudio de caso en Cali, Colombia. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 3, p. 545-555, 2004.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. D. S.; AL, E. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 635-667.

RECURSOS TECNOLÓGICOS: POSSIBILIDADES PARA UMA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO PROGRAMA MAIS EDUCAÇÃO

Fernanda de Castro Silveira

Universidade Federal do Rio Grande (FURG), TCI
- EDU

Rio Grande – RS

RESUMO: O trabalho de pesquisa propôs um estudo sobre a metodologia Unidade de Aprendizagem, em turmas de 6º, 7º e 8º ano numa escola pública do município de Rio Grande - RS. A pesquisa justificou-se por ser uma possibilidade de fornecer subsídios para uma pedagogia mais dinâmica, mais criativa e numa perspectiva de construção do conhecimento pelos estudantes. A proposta de trabalho teve como objetivo desenvolver hábitos alimentares saudáveis, pesquisar conteúdos de nutrição através de ferramentas tecnológicas, aproveitar e usufruir do laboratório de informática da escola, assim como, oferecer autonomia de escolha dos alimentos, evitar o desperdício e desenvolver o aprendizado do uso de talheres no espaço escolar, mediados pelos recursos tecnológicos. De posse dos registros realizados nos computadores das atividades realizadas pelos estudantes e das observações anotadas no diário de campo, para posterior análise, conclui-se que os discentes obtiveram um aumento significativo em sua aprendizagem, considerando o trabalho incitante e encorajador para novas pesquisas na área da nutrição, e

viabilizando a inserção da educação nutricional, da metodologia unidade de aprendizagem e dos recursos tecnológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia. Educação Nutricional. Programa Mais Educação.

ABSTRACT: The research work proposed a study on the Learning Unit methodology, in 6th, 7th and 8th grade classes in a public school in the city of Rio Grande - RS. The research was justified as a possibility to provide subsidies for a more dynamic pedagogy, more creative and a perspective of knowledge construction by students. The purpose of this study was to develop healthy eating habits, to research nutrition contents through technological tools, to take advantage of and enjoy the school's computer laboratory, as well as to offer autonomy to choose food, avoid waste and develop learning of use Of cutlery in the school space, mediated by technological resources. Based on the records made in the computers of the activities carried out by the students and the observations recorded in the field diary, for later analysis, it is concluded that the students obtained a significant increase in their learning, considering the encouraging and encouraging work for new researches in the area Of nutrition, and enabling the insertion of nutritional education, the unit learning methodology and technological resources.

KEYWORDS: Technology. Nutrition Education. More Education Program.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho relata e analisa as experiências vivenciadas, ao construir e aplicar o “Projeto de Ação na Escola - PAE”, no curso Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação na Educação (TIC- EDU) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

O tema deste trabalho foi a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, na qual é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar (Educação Alimentar, 2013).

O projeto objetivou desenvolver hábitos alimentares saudáveis, pesquisar conteúdos de nutrição através de ferramentas da tecnologia, aproveitar e usufruir do laboratório de informática da escola que é pouco usado, assim como, oferecer autonomia de escolha dos alimentos, evitar o desperdício e desenvolver o aprendizado do uso de garfo e faca no espaço escolar. Utilizando como mediadores os recursos tecnológicos e os objetos virtuais de aprendizagem. O laboratório de informática deve ser uma extensão da sala de aula, com a finalidade de apoiar os estudantes oferecendo uma ambiente favorável para a realização de pesquisas com acesso à internet e a utilização dos programas de nutrição, sempre contando com o auxílio do professor e da nutricionista.

Ao longo deste trabalho, muitas ideias novas surgiram em torno da influência dos recursos tecnológicos e dos objetos de aprendizagem exercendo características positivas sobre os saberes dos estudantes. Todas as ações foram dialogadas e trabalhadas no âmbito escolar, na qual foram contemplados e utilizados alguns objetos virtuais de aprendizagem, como: a pirâmide alimentar, cálculo do índice de massa corporal, do gasto e da ingestão calórica. A Internet foi consultada para buscar informações (pesquisas) necessárias para o esclarecimento de dúvidas ou para confirmar as certezas. As ações apresentadas neste trabalho foram desencadeadas utilizando a metodologia Unidade de Aprendizagem (UA) que foi a Educação Nutricional.

A discussão de conhecimentos sobre alimentação e hábitos saudáveis nas escolas é de suma importância para a saúde dos escolares. Portanto, estas ferramentas tecnológicas contribuíram muito no processo de ensino e aprendizagem, promovendo condições de estímulo, argumentação e socialização entre os estudantes.

O ambiente de investigação utilizado foi a Escola Municipal de Ensino Fundamental Cidade do Rio Grande, com alunos 6º, 7º, e 8º ano, que participavam do Programa Mais Educação da rede de municipal de ensino. Estes estudantes foram escolhidos porque são pessoas com risco de vulnerabilidade social e alimentam-se mais tempo fora de casa. E este programa foi criado pela Portaria *Interministerial nº 17/2007, na qual aumenta a oferta educativa nas escolas públicas por meio de atividades optativas.*

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

A escola aparece como espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de melhoria das condições de saúde e do estado nutricional das crianças, sendo um setor estratégico para a concretização de iniciativas de promoção da saúde como o conceito da “Escola Promotora da Saúde”, que incentiva o desenvolvimento humano saudável e as relações construtivas e harmônicas. Tendo como facilitadores da aprendizagem os recursos tecnológicos.

As atividades desenvolvidas por meio da UA proporcionam o contato com ações constituídas de questionamento, de reconstrução da argumentação e de processos de comunicação, sendo esses elementos fundamentais da pesquisa na sala de aula (MORAES, GALIAZZI E RAMOS, 2004). Nesse sentido, a pesquisa pode ser considerada como uma atitude cotidiana de todos os envolvidos (DEMO, 1997). Cabe salientar ainda que, quanto maior o contato com a pesquisa na sala de aula, maior será a capacidade de crítica, criação, discussão, escrita, argumentação, debate, questionamento e comunicação desenvolvida junto com o estudante.

Com isto trabalhar dentro de uma pedagogia construtivista que visa colaborar com as transformações dos sujeitos, oportunizando-os a autonomia para tornarem ativos e construtores de sua história, é o que a UA possibilita construindo um vínculo maior entre docente e discente.

Trabalhar com a metodologia das UA, possibilita ao educador levar em consideração o conhecimento e a realidade do cotidiano do aluno, que são firmados no diálogo, no trabalho em equipe, no planejamento, na pesquisa, propicia no seu planejamento uma organização voltada para o interesse dos estudantes.

A UA é um processo organizado, porém flexível, que possibilita a reconstrução do conhecimento dos educandos, considerando seus interesses, desejos e necessidades. Possibilita atingir objetivos educativos relevantes, como promover a capacidade de pensar e de solucionar problemas e desenvolver a autonomia e a autoria. Para isso, professor e alunos são considerados ensinantes e aprendentes, como parceiros de trabalho, pesquisando e organizando materiais que permitam a reconstrução do seu conhecimento (Freschi & Ramos, 2009).

Os OVAs são um novo parâmetro tecnológico, auxiliam o educador no desenvolvimento de seus conteúdos, facilitando, em muito, a aprendizagem por parte dos alunos, visto que torna o ensino mais eficaz e atrativo ao educando.

Objetos de aprendizagem virtuais constituem-se em um novo parâmetro tecnológico que utiliza a elaboração de um material didático envolvendo conteúdos, interdisciplinaridade, exercícios e complementos. Isso tudo com os recursos das tecnologias. Esse novo tipo de material educativo tem padrões e formas para ser desenvolvido. Além disso, possibilita repensar o processo educativo considerando o espaço da virtualidade e suas possibilidades (Barros e Almeida Junior, 2005).

Freire (2003) defende que a educação é um processo desinibidor e não restritivo no sentido de oportunizar ao indivíduo ser sujeito da própria história. Neste sentido, o desenvolvimento do senso crítico, da reflexão e da autonomia são pontos chave para que a educação instrumentalize o educando a transformar a própria realidade. Desta forma, a educação utilizada como meio de promoção da saúde, capacita os indivíduos a tratarem dos problemas cotidianos, como a alimentação, de acordo com as condições estabelecidas dentro do contexto social.

O ensino está intimamente relacionado à nutrição e a escola é o espaço adequado para este aprendizado.

A integração da nutrição ao ensino fundamental representa, pois, a mais eficaz forma de intervenção nutricional nesse nível, porque atua sobre uma geração de indivíduos, os quais reproduzirão, no futuro, as condutas alimentares adequadas à manutenção da saúde e do estado nutricional (Ipiranga, 1995).

Freire (1997), afirma ser relevante destacar que a função do educador também é de participar da alimentação do educando no processo de escolha alimentar. As atividades de promoção de modos e práticas alimentares, como debates de temas atualizados relacionados à alimentação e conteúdos pedagógicos apropriados, podem contribuir de forma relevante para a melhoria da qualidade alimentar do educando.

Educar é tarefa complexa que pode ser pensada pelo paradigma da complexidade. Além da busca por um certo conhecimento necessário à tomada de decisões que afetam a saúde, cabe analisar as atitudes e condutas relativas ao universo da alimentação. Atitudes são formadas por conhecimentos, crenças, valores e predisposições pessoais e sua modificação demanda reflexão, tempo e orientação competente.

Segundo a Resolução do CFN nº417/08 (p.5) a Educação Nutricional:

É definida como procedimento realizado pelo nutricionista, através de diferentes métodos educacionais, junto a indivíduos ou grupos populacionais, considerando as interações e significados que compõem o fenômeno do comportamento alimentar, para aconselhar mudanças necessárias a uma adequação dos hábitos alimentares, visando à melhoria da qualidade de vida.

Considerando-se o que fora dito acerca da importância da educação nutricional, destaca-se a Pirâmide Alimentar como instrumento para a formação do educando. Segundo Philippi et al (2003, p.2)) a Pirâmide Alimentar é um “instrumento educativo que adapta os conhecimentos científicos de nutrição em mensagens práticas que facilitam as diferentes pessoas a seleção e o consumo de alimentos saudáveis”.

2.1 Pressupostos acerca da metodologia do PAE

Quando pensamos em uma Educação voltada para a construção do conhecimento

mediada por uma metodologia construtivista de aprendizagem, podemos pensar na metodologia de Unidade de Aprendizagem (UA), visto que essa favorece a participação dos estudantes e tem por base a educação pela pesquisa, superando o planejamento linear. Neste trabalho optamos em desenvolver a UA com o auxílio das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) por entendermos que o aprender se constrói quando estudante e professor são partícipes de um aprendizado que busca trabalhar de forma clara, objetiva e consistente.

Um trabalho desenvolvido por meio da UA, o professor passa de uma posição em que é considerado o “dono do saber” para, junto com os estudantes, ser mediador da aprendizagem, por meio da linguagem, auxiliando-os na reconstrução de seus conhecimentos sobre o assunto. Isso é diferente de um trabalho em que o discente tem apenas que copiar. No trabalho com UA, o educando pode “comparar criticamente vários livros didáticos, desconstruir apostilas para mostrar o quanto são reprodutivas, procurar dados, teorias, conceitos em livros e outros materiais, inclusive eletrônicos, para que sejam, todos, reconstruídos” (DEMO, 2004b, p.74).

Considerando o que afirma Demo, acredita-se que, ao buscar as informações de que precisa para responder aos questionamentos que lhes foram feitos, ou que ele mesmo fez, o educando, gradativamente, torna-se mais autônomo no processo de reconstrução do seu conhecimento. Desse modo, a UA contribui para a formação conceitual, para o desenvolvimento de competências relevantes, para uma adequada convivência dentro do grupo e para a aprendizagem no trabalho em equipe. Por isso, nesse processo, o educando aprende a interpretar, a analisar informações, a aceitar críticas e a comunicar-se.

Neste trabalho foi utilizado, os Objetos Virtuais de Aprendizagem (OVA), proporcionando estratégias que fornecem o suporte de recursos tecnológicos aliados a uma fundamentação pedagógica consistente que pode favorecer este tipo de ação educativa, ou seja, auxiliam dando suporte com novas tecnologias.

As características apresentadas mostram que o modelo dos OVA surgem para facilitar e favorecer a melhoria de qualidade do ensino, proporcionando aos seus usuários uma ferramenta pedagógica para a facilitação e mediação do aprendizado. O uso dos OVAs nas escolas pode ser uma alternativa para que o estudante se torne construtor de novos conhecimentos, agente crítico na sociedade e transformador da sua realidade.

3 | METODOLOGIA

As ações apresentadas neste trabalho foram desencadeadas utilizando a metodologia Unidade de Aprendizagem (UA) que foi a Educação Nutricional.

Os sujeitos de pesquisa envolvidos foram: 3 nutricionistas do Núcleo de Alimentação Escolar da Prefeitura Municipal do Rio Grande, que iniciaram o trabalho

em 2013; 4 professoras da Escola Municipal de Ensino Fundamental Cidade do Rio Grande que atuavam no Programa Mais Educação e era constituído por 27 estudantes do programa, da 6º, 7º e 8º ano do Ensino Fundamental, com idade entre 11 e 15 anos, sendo 8 meninas e 19 meninos. Foram desenvolvidas 5 oficinas, com as turmas divididas.

Em todas as oficinas os dados foram coletados por meio da observação das atividades desenvolvidas e anotadas em diário de campo, bem como fotografadas no transcurso da pesquisa e dos resultados obtidos, nos momentos de construção e aplicação das metodologias, dinâmicas e jogos dos quais os estudantes foram convidados a participar. Procedeu-se à análise através da descrição das atividades desenvolvidas, conforme os objetivos propostos, à luz da literatura científica, que amparou a discussão dos resultados.

3.1 Desenvolvimento da experiência realizada e interpretação dos dados

Na primeira oficina que foi sobre cardápio saudável, fizemos uma apresentação da equipe envolvida no projeto e dos estudantes. No primeiro momento foi realizado uma conversa informal questionando os estudantes sobre seus hábitos alimentares. Após foi colocado o vídeo com a música tema de abertura do seriado “A Grande Família”, que teve por finalidade formar os grupos que foram as famílias fictícias. Foi escolhido o vídeo como tecnologia devido o mesmo ser muito interessante para iniciar o assunto e motivar sobre o tema, pois é sensorial, visual, com uma linguagem falada e musical.

A modelagem do objeto de aprendizagem da pirâmide alimentar é uma exemplificação de uma estratégia de educação nutricional idealizada para trabalhar os conceitos relacionados à alimentação saudável e promoção da saúde nas escolas de Ensino Fundamental. Ao longo deste projeto, muitas ideias novas surgiram em torno da influência dos recursos tecnológicos e dos objetos de aprendizagem exercendo características positivas sobre os saberes dos estudantes. Os projetos foram dialogados e trabalhados no âmbito escolar, no qual é um lugar muito propício e adequado.

No laboratório de informática cada equipe elaborou o consumo alimentar de um dia da sua família, procurando na Internet as fontes alimentares (proteínas, carboidratos e lipídios). Foi um momento de oportunizar o uso do laboratório, e utilizar as tecnologias para elaborar as seis refeições: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, janta e ceia, através de exemplos trazidos de casa, de alimentos frequentemente consumidos por eles e pela sua família. E tiveram que contrastar as informações sobre a alimentação da sua família com a da família dos colegas, chegando a um consenso. E foram sugeridos alguns sites sobre alimentação que oferecem jogos interativos da montagem da pirâmide alimentar. Nesse jogo, os alunos colocavam cada alimento em seu local correto na pirâmide. Ao final, conversamos novamente com a turma o papel de cada tipo de alimento em nosso organismo e a quantidade adequada a ser

consumida em cada dia e montamos um cartaz grande para deixar exposto na escola.

A segunda oficina foi sobre o que temos para o almoço? Os estudantes tiveram que diferenciar alimentos saudáveis de não saudáveis, elaborar um cardápio nutritivo que foi preparado pelas manipuladoras de alimentos da escola e oferecido na quinta oficina no sistema *self service* no refeitório. Eles já conheciam o *buffet* térmico, mas nunca tinham tido a oportunidade de manusear. Os estudantes receberam fichas com as embalagens de alimentos servidos na escola. Então utilizaram estas embalagens, visualizando as informações nutricionais presentes no rótulo, o peso bruto e o peso líquido, as características dos produtos, a validade e definiram de que grupo alimentar pertenciam.

No laboratório de informática pesquisaram receitas nutritivas, medidas caseiras, calorias e composição nutricional dos alimentos, e conheceram a tabela de composição nutricional *on-line*, denominada TACO. Após foi realizada uma enquete para escolher apenas um cardápio para preparação na última oficina. Foi realizada numa abordagem qualitativa e interpretativa, analisando as possibilidades e opções, de acordo com a opinião dos estudantes.

Na terceira oficina com o tema: com o garfo e a faca na mão! Os estudantes aprenderam regras de etiqueta e a história dos talheres, reconhecendo a sua importância do seu uso. Este momento foi muito importante, pois eles tinham o hábito de comer apenas utilizando a colher. Foram apresentados alguns talheres e imagens através do multimídia, realizamos uma conversa com eles sobre os tipos e as finalidades, dando a oportunidade de todos opinarem. O multimídia foi utilizado por ser considerado um recurso atrativo e ilustrativo de exemplificar o uso. Após convidamos os estudantes para assistirmos um vídeo que ilustrou um período da nossa história em que não usávamos esses objetos. Optamos por utilizar o vídeo novamente, pelo fato de ter sido significativo na aprendizagem da 1ª oficina.

Então, na sala de aula, foi explicado a importância das regras de boas maneiras, de comer com o garfo e a faca. E comentado se eles desejam ser vistos como pessoas educadas, precisam refinar seus modos e suas maneiras de se apresentarem diante do grupo, fazendo com que se torne um hábito. Todos ficaram atentos e pensativos. E também foi sugerido para a escola apoiar o uso dos talheres.

A quarta oficina com o título: vamos combinar? Foi sobre normas de convivência e utilização do refeitório, fizemos a elaboração de cartazes para tornar o ambiente agradável e de jogos americanos para colocar o prato em cima e não sujar a mesa. Escrevemos combinados, ou seja, discutimos a maneira de se portar durante as refeições.

E dando continuidade, no laboratório de informática fizemos uma pesquisa no site do Ministério da Saúde (MS) sobre os Dez Passos para uma Alimentação Saudável, após foi mandado fazer um banner para colocar também no refeitório e solicitado folders para distribuição na escola. Foi utilizado este site do MS devido ser de grande confiabilidade, tem este e outros materiais elaborados para fortalecer a implementação

da Estratégia Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e é muito utilizado como instrumento de capacitação, orientação e para permanente consulta na prática. O *site* do MS é muito atualizado, sempre com recomendações pertinentes, com informações de suma importância e com dados de todos os programas, inclusive do programa de alimentação e nutrição.

Na quinta oficina entre saberes e sabores, fizemos o encerramento das atividades com um almoço no refeitório da escola, oferecendo o cardápio escolhido pelos estudantes, na qual tiveram a oportunidade de experimentar o sistema *self service* durante a refeição. Colocaram apenas no prato a quantidade adequada e cuidaram para ter uma dieta equilibrada e balanceada. A comida, que habitualmente é oferecida pelas manipuladoras de alimentos, foi servida pelo próprio estudante, que pode, de forma autônoma, colocar no prato a quantidade que iria ingerir.

Após foi aplicado um teste de aceitabilidade, onde cada estudante participou de uma enquete e respondeu marcando a seguinte pergunta: O que você achou da preparação da servida? Este teste foi realizado segundo os parâmetros do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), com procedimentos metodológicos, cientificamente reconhecidos, destinado a medir o índice de aceitabilidade da alimentação oferecida aos escolares. O cálculo é realizado somando os conceitos gostei + adorei e para ser considerado aprovado deve ter no mínimo 85% de aceitação. O cardápio apresentado teve exatamente 85% de aceitabilidade, sendo este considerado aprovado. Foi muito importante a sua realização, pois pode avaliar e comprovar a aceitação do cardápio preparado, sendo este índice considerado um resultado com valor alto e muito satisfatório.

Deve-se sempre lembrar que a Alimentação Escolar é um direito do aluno, com aporte calórico regulamentado pela lei nº 11.947/2009 e Resolução nº 38/2009 do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE durante 200 dias letivos. O Programa de Alimentação Escolar é executado pela Secretaria Municipal de Educação com recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram desenvolvidas várias concepções pedagógicas identificadas na prática da nutrição e descritas metodologias ativas de educação em saúde, na promoção da alimentação saudável de estudantes do ensino fundamental. E ainda foi atendido o Programa Mais Educação, que prevê aumentar a oferta educativa nas escolas públicas por meio de atividades optativas, que visam a promoção da saúde, na qual o assunto alimentação saudável é muito válido de ser desenvolvido.

A discussão de conhecimentos sobre alimentação e hábitos saudáveis nas escolas é de suma importância para a saúde dos escolares. Portanto, estas ferramentas tecnológicas contribuem muito no processo de ensino-aprendizagem, promovendo

condições de estímulo, argumentação e socialização entre os alunos.

De posse dos registros de experiência vivenciados no PAE, análise nos computadores das atividades realizadas pelos estudantes, das observações anotadas no diário de bordo e dos registros fotográficos, conclui-se que os discentes obtiveram um aumento significativo em sua aprendizagem. Considerando o trabalho incitante e encorajador para novas pesquisas na área da nutrição, confirmando nessa oportunidade, a viabilidade da inserção da educação nutricional, da metodologia unidade de aprendizagem e dos recursos tecnológicos nas aulas.

São válidas as ferramentas de orientação que visam à promoção da saúde por meio da formação de hábitos alimentares adequados e adaptados aos conhecimentos científicos; são válidas as recomendações nutricionais e de composição alimentar, com mensagens práticas que facilitem, ao maior número de pessoas, a seleção e o consumo adequado de alimentos, levando em consideração os fatores antropológicos, culturais, educativos, sociais e econômicos. Tais ferramentas necessitam ser compreendidas e utilizadas como meio didático na operacionalização do processo de educação nutricional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DEMO, P. Educar pela pesquisa. Campinas, 1997, 2ªed.

DEMO, P. Ser professor é cuidar que o aluno aprenda. Mediação, São Paulo, 2004b.

Educação Alimentar. Disponível em: www.ideiasnamesa.unb.br/index.php?r=site/EducacaoAlimentar. Acesso em: 14 de jun. de 2013.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. Educação e Mudança. São Paulo: 12ª Ed, Paz e Terra, 2003.

FRESCHI, M.; RAMOS, M. G. Unidade de Aprendizagem: um processo em construção que possibilita o trânsito entre senso comum e conhecimento científico. Revista Eletrônica de Enseñanza de las Ciencias, vol.8, nº1, 2009, pag.156-170.

Guia Alimentar: como ter uma Alimentação Saudável. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/nutricao> > Acesso em: em 14 de jun. de 2013.

Ideias na mesa. Disponível em: <<http://www.ideiasnamesa.unb.br/index.php?r=site/EducacaoAlimentar>>. Acesso em: em 14 de jun. de 2013.

IPIRANGA, L. Prefácio. In: LEME, M. J. P. Feijão com arroz: educação alimentar. Brasília: FAE/MEC, 1995, v.1, p.5.

MAIA, E. R. Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde

alimentar infantil. Campinas, 2012.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília, 2012.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C.; RAMOS, M. G. Pesquisa em sala de aula: fundamentos e pressupostos. Porto Alegre, 2004.

PHILIPPI, S. T. ; CRUZ, A.T. R.; COLUCCI, A.C. A. Pirâmide Alimentar para crianças de 2 a 3 anos. Revista Nutrição, Campinas, v.16, 2003.

PIMENTA, S. G. Formação de professores: saberes da docência e identidade do professor. Rev. Fac. Educ. [online]. 1996, vol.22, n.2, pp. 72-89. ISSN 0102-2555. Disponível em: <revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/download/50/46>, Acesso em 06 set 2013.

Portaria Interministerial nº 17/2007. Institui as diretrizes para o programa Mais Educação nas escolas de ensino fundamental, Brasília, 2007. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16701&Itemid=1114 .Acesso em 14 de junho de 2013.

Portaria Interministerial nº1010 de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas em âmbito nacional. Brasília, 2006a. Disponível em <http://www.rebrae.com.br/banco_arquivos/arquivos/legislacao_pnae/1010.pdf>. Acesso em 14 de jun. de 2013.

QUARTIERO, E. M. As tecnologias da informação e comunicação e a educação. Revista Brasileira de Informática na Educação, nº4, 1999.

Resolução CFN nº 417/08. Referência Nacional de Procedimentos Nutricionais do Conselho Federal de Nutricionistas.

SCHLEMMER, E. Projetos de Aprendizagem Baseados em Problemas: uma metodologia interacionista/construtivista para formação de comunidades em Ambientes Virtuais de Aprendizagem. Revista Digital da CVA, vol 1, nº2, novembro de 2001.

SCHMITZ, B. A. S. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, I. M. A.; SOUZA, L. V. A. O USO DA TECNOLOGIA COMO FACILITADORA DA APRENDIZAGEM DO ALUNO NA ESCOLA. SÃO PAULO, 2010.

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E COMUNIDADE TERAPÊUTICA EM AÇÕES DE EDUCAÇÃO SOBRE DROGAS

Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió-Alagoas.

Natália Luzia Fernandes Vaz

Centro Universitário Tiradentes, Departamento de Medicina. Maceió-Alagoas.

Givânia Bezerra de Melo

Centro Universitário Tiradentes, Departamento de Enfermagem. Maceió-Alagoas.

Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió-Alagoas.

Jorgina Sales Jorge

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió-Alagoas.

Raquelli Cistina Neves Araújo

(in memoriam)

Universidade Ciências da Saúde de Alagoas, Programa de Residência de enfermagem em Saúde Mental. Maceió-Alagoas.

RESUMO: Objetivou-se descrever a percepção dos profissionais da Atenção Básica e Comunidade Terapêutica sobre as vivências em ações de educação em saúde sobre drogas. Estudo qualitativo exploratório. Participaram profissionais da Atenção Básica e Comunidade Terapêutica que frequentaram uma capacitação sobre Drogas. Informações produzidas por triangulação de filmagens, observação direta e

diário de campo, utilizou-se a análise temática de Bardin. Este estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas e aprovado sob o parecer 20171013.5.0000.5013. Resultados revelaram o modo como os profissionais significaram suas experiências a partir de quatro perspectivas temáticas: 1. Percepção sobre a aproximação e abordagens às pessoas que fazem uso de drogas; 2. Percepções sobre as pessoas que fazem uso de drogas; 3. Percepções sobre a redução de danos; e, 4. Vulnerabilidades sentidas à promoção de um cuidado integral. Conclui-se que pessoas que fazem uso de drogas pouco procuram os serviços de atenção básica, vivenciam constantemente conflitos familiares, sentimentos de frustração e desânimo. Em relação aos profissionais há necessidade de maiores investimentos em educação permanente para o cuidado integral da pessoa que faz uso de drogas, a fim de ampliar o uso de estratégias pautadas na política de redução de danos.

PALAVRAS CHAVE: Capacitação de recursos humanos em saúde; Usuários de Drogas; Redução do Danos; Atenção Primária à Saúde; Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias.

ABSTRACT: The objective of this study was to describe the perception of the professionals

of Basic Attention and Therapeutic Community about the experiences in actions of education in health about drugs. Exploratory qualitative study. Participants of Primary Care and Therapeutic Community professionals who attended a training on Drugs. Information produced by triangulation of filming, direct observation and field diary, was used the thematic analysis of Bardin. This study was evaluated by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Alagoas and approved under the 20171013.5.0000.5013. Results revealed how the professionals expressed their experiences from four thematic perspectives: 1. Perception about the approach and approaches to people who use drugs; 2. Perceptions about people who use drugs; 3. Perceptions about harm reduction; and, 4. Vulnerabilities felt to promote comprehensive care. It is concluded that people who use drugs seldom seek primary care services, they constantly experience family conflicts, feelings of frustration and discouragement. In relation to professionals, there is a need for greater investments in permanent education for the integral care of the person who uses drugs, in order to broaden the use of strategies based on harm reduction policy.

KEYWORDS: Human resources training in health; Drug users; Harm Reduction; Primary Health Care; Substance Abuse Treatment Centers.

1 | INTRODUÇÃO

Profissionais de saúde são estimulados diariamente a acolherem nos serviços em que atuam pessoas que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas; entretanto, nem todos desenvolvem habilidades técnicas para prestarem uma adequada assistência. Estimular estas habilidades a partir de capacitações inseridas no processo de educação permanente sobre a temática de drogas é um dos caminhos que pode ser percorrido na gestão do trabalho. A educação constitui um processo de mediação emancipatória que permite a formação do pensamento crítico reflexivo, construído e problematizado (PEDUZZI et al., 2009).

Uma capacitação para ser considerada eficaz deve emergir da necessidade do próprio grupo de profissionais. Ou seja, o processo de aprendizado dos profissionais durante as ações educativas deve responder às suas necessidades. Ações planejadas para atender estas necessidades devem ser dirigidas para estimular o conhecimento, permitindo-lhes ampliar a capacidade de intervir tanto sobre suas ações profissionais como em suas vidas, criando condições para apropriarem o conhecimento adquirido, atenuando suas angústias (SANTANA et al., 2010).

A aquisição destas habilidades passa a ser essencial quando se trata da atenção básica, que propõe a reorganização do atendimento primário para ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, resolutividade e reabilitação, seja promovida pela equipe da atenção básica, ou pela articulação desta a outros serviços. Podendo esta articulação ocorrer de forma intersetorial como a uma Comunidade Terapêutica, visto esta ser caracterizada como um serviço destinado a oferecer cuidados contínuos de

saúde, de caráter residencial transitório às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas matriciadas pela atenção básica (BRASIL, 2011a).

A equipe da atenção básica, então, passa a ser vista como fortalecedora de vínculo, e como está inserida em um território é ela que tem a possibilidade de primeiro detectar qualquer disfuncionalidade no ambiente e em membros de sua comunidade. É considerada recurso estratégico essencial para a prevenção de agravos, principalmente àqueles vinculados ao uso abusivo de drogas, bem como a diversas formas de sofrimento psíquico (BARROS; PILLO, 2007).

Hoje, o consumo excessivo de drogas tornou-se importante fator de risco para morbimortalidades, interferindo na capacidade de desempenho para atividades laborais, bem como em menor tempo de vida para os seus usuários (SOUZA; PINTO, 2012). O uso de drogas, seja ele experimental, recreativo, social, ou abusivo, é uma realidade presente em todo o mundo. Estimativas revelam que aproximadamente 272 milhões de pessoas, ou seja, 6,1% da população mundial entre 15 e 64 anos pode ter experimentado, pelo menos uma vez na vida, algum tipo de substância ilícita no ano de 2010. Esses números podem ser considerados pequenos quando comparados ao uso de substâncias lícitas como o tabaco, utilizado por 25% da população mundial acima de 15 anos, e o álcool consumido por 2 bilhões de pessoas no mundo, sendo responsável por 3,8% das mortes e 4,6% dos casos de doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

No Brasil estudos revelam que 74,6% da população geral tem usado ao menos uma vez na vida o álcool, 44% o tabaco e 22,8% as demais drogas, estes dados aumentam quando se refere a estudantes universitários, chegando a 86,2%, o consumo do álcool e 26,1% a maconha (BRASIL, 2011b).

A situação torna-se mais agravante quando as causas que levam ao uso podem estar relacionadas ao desajuste familiar, a fuga de problemas, a busca de prazer, a curiosidade, a permissividade, ao complexo de inferioridade, a ociosidade, ou a falta de religiosidade (SILVA; MARCHESE, 2011). Deste modo percebe-se que as causas são biopsicossociais, e que para compreender este fenômeno é preciso uma postura crítica e reflexiva. O uso de drogas é um evento complexo e dinâmico da vida em sociedade, passando por questões sociais, culturais e econômicas, que se relacionam com a subjetividade humana, a moral e as relações interpessoais (ALBUQUERQUE, 2008).

Sendo assim, questionamentos em relação a como abordar pessoas que fazem uso de drogas são frequentes entre os profissionais. A incapacidade de trabalhar com este público gera relações interpessoais conflitantes que causam impactos na qualidade da assistência (LIMA et al., 2007).

A partir destas dificuldades fomentou-se ações de educação que colaborassem na discussão sobre a abordagem de pessoas vulneráveis ao uso de drogas, através de programas ou projetos de extensão da Universidade Federal de Alagoas que fossem envolvidos com o treinamento de recursos humanos.

Neste sentido o programa “Educação, promoção da saúde e desenvolvimento humano - 2012” financiado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Educação Superior (MEC/SESu) que beneficiou o Projeto de Extensão “Experiência Grupal em práticas de promoção à saúde mental” possibilitou o planejamento de um curso sobre a temática de drogas para os profissionais que atuam em serviços localizados em torno da Universidade.

O curso intitulado “Promovendo habilidades interpessoais na temática drogas” estimulou o desenvolvimento/aperfeiçoamento de habilidades para as equipes lidarem com pessoas que fazem o uso de álcool/*crack* e outras drogas, desenvolvendo habilidades técnicas para o trabalho através de grupos operativos. O método utilizado para permear a aprendizagem foi o de oficinas terapêuticas que facilitou o compartilhamento das experiências, pensamentos e emoções, ampliando o autoconhecimento que atenuassem suas angustias e aflições (SANTANA et al, 2010).

A partir desta experiência de capacitação, definiu-se como objetivo desta pesquisa descrever a percepção dos profissionais da atenção básica e Comunidade Terapêutica sobre as vivências em ações de educação em saúde sobre drogas.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório que possibilitou abordar significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos profissionais que participaram do curso de capacitação em drogas (MINAYO, 2010). O curso ocorreu no segundo semestre de 2012, foi promovido por professores e estudantes da Universidade Federal de Alagoas durante o Projeto de Extensão Experiência Grupal em Práticas de Promoção a Saúde Mental e destinado aos profissionais de dois serviços, sendo um deles uma Estratégia de Saúde da Família e outro uma Comunidade Terapêutica, ambas localizadas numa capital do Nordeste Brasileiro. Este manuscrito seguiu as diretrizes do Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ), com a verificação dos seus 32 itens (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Participaram do estudo sete profissionais (P1, P2, P3, P4, P5, P6 e P7) dentre os quais dois enfermeiros, um assistente social, um psicólogo, dois agentes comunitários de saúde e um monitor, destes quatro da atenção básica, e três da Comunidade Terapêutica, todos capacitados no curso sobre drogas.

Critérios de inclusão ter participado do curso de capacitação em drogas, acima dos 18 anos, atuar na Estratégia de Saúde da Família ou Comunidade Terapêutica, aceitar a participar. Foram excluídos quem não concluiu o curso, encontrava-se desvinculados aos serviços supracitados, se recusou a participar.

O curso foi promovido por uma equipe técnica composta por duas docentes doutoras, uma mestra e uma especialista com experiência entre sete a vinte anos no ensino, pesquisa e atividades práticas na área de Saúde Mental álcool e outras drogas;

duas enfermeiras residentes de Saúde Mental e doze estudantes da graduação de enfermagem com experiência em projetos de pesquisa e extensão na área.

Seu planejamento ocorreu de forma contínua com a participação efetiva da equipe técnica, havendo discussão da temática, definição de estratégias, seleção de materiais e aquisição de habilidades previamente. O curso ocorreu em seis encontros problematizados e teorizados em sala de aula, e dois encontros práticos vivenciados nas instituições envolvidas na capacitação. As temáticas trabalhadas em sala foram propostas pela equipe técnica e aprovada pelos discentes, houve flexibilidade para mudanças a partir das demandas observadas e das solicitações dos profissionais participantes em cada encontro.

As temáticas trabalhadas na capacitação em sala de aula foram: a) acolhimento nos serviços de saúde; b) promoção à saúde com enfoque em saúde mental; c) trabalho em/com grupos operativos com ênfase nas oficinas terapêuticas, d) promovendo habilidades interpessoais para trabalhar com a temática droga; e) uso dos instrumentos de triagem AUDIT (Teste de Identificação de Transtornos do Uso de Álcool) e ASSIST (Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e outras Substâncias); f) Intervenção breve; g) Estratégias de reabilitação psicossocial; e h) Redução de Danos.

Durante o curso solicitou-se aos participantes a formação de duas equipes de trabalho, mesclando em cada equipe profissionais dos dois serviços, a fim de favorecer ações conjuntas intersetoriais, o matriciamento e o compartilhamento de experiências. Cada equipe discutiu possíveis temáticas relevantes nos contextos de atuação para realização de grupos operativos, planejando-os de maneira integrada para facilitar a atuação profissional nas comunidades.

Sendo assim, cada equipe executou dois dias de ação, um na atenção básica e uma na Comunidade Terapêutica. O público alvo das ações foram as pessoas acompanhadas por estes serviços. Houve o enfoque na construção das oficinas para as temáticas de tabagismo; o uso de drogas na vida, na adolescência e na gestação; os danos causados à saúde; e a prevenção de recaída.

À medida que o curso acontecia o material da pesquisa foi coletado a partir das filmagens produzidas em cada encontro, da observação direta e dos registros no diário de campo. Deste modo possibilitando para a produção de informações a triangulação dos dados.

Em seguida o material foi tratado a partir da análise temática conforme Bardim (2009), seguindo-se as etapas de: a) pré-análise com a transcrição e descrição dos vídeos na íntegra auxiliados por um roteiro pré-elaborado e com a identificação dos núcleos de sentido a partir de uma leitura flutuante; b) Exploração do material com a realização da codificação por meio da construção de um quadro síntese contendo a identificação das possíveis categorias temáticas e suas frequências nas falas; c) Tratamento dos resultados onde as evidências foram fundamentadas a partir de outros estudos sobre o tema, como a política de Redução de Danos (RD).

As questões éticas foram consideradas, sendo submetida à Plataforma Brasil para apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFAL sob parecer de número 20171013.5.0000.5013.

3 | RESULTADOS

Diante das informações produzidas identificou-se quatro categorias temáticas:

Categoria 1: Percepção sobre a aproximação e abordagens às pessoas que fazem uso de drogas

As Estratégias de Saúde da Família (ESF), serviços que integram a Atenção Básica tem-se hoje como porta de entrada prioritária aos usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro. Assim, pessoas que fazem uso de drogas deveriam tê-las como referência de cuidados integrais de promoção, prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde, no entanto, a procura deste público por estes serviços muitas vezes não ocorre.

[...] Temos na nossa área usuários de drogas. Claro que não é uma demanda que nos procuram na unidade de saúde, mas, enquanto profissionais sabemos que existe essa demanda na comunidade [...] e a gente tenta trabalhar, fazendo trabalho educativo de forma que atinja esse público, através da prevenção (P1).

Mesmo com esta dificuldade relatada diante da procura dos usuários no serviço é notório que os profissionais detectam as necessidades de atuar neste contexto e buscam estratégias de sensibilização e prevenção.

É interessante considerar que na maioria das situações os casos são percebidos inicialmente pelos agentes comunitários de saúde. Reforçando a necessidade de se investir em busca ativa preparando em especial estes profissionais.

Quem geralmente descobre se é usuário [...] ou não é o agente comunitário de saúde (P1).

Neste sentido, enquanto profissionais da atenção básica relatam a dificuldade de aproximação deste público à Unidade Básica de Saúde (UBS) limitando-se a ações pontuais de prevenção na temática de drogas a uma parcela ínfima da população atendida, na Comunidade Terapêutica, os profissionais realizam suas atividades exclusivamente com este público.

Apesar de tratar-se de um serviço específico para pessoas que fazem uso de drogas, os profissionais da Comunidade Terapêutica ainda referem a necessidade de aprimorar a qualidade de sua assistência, mas que para isto, também necessitam de um suporte psicológico:

[...] você tem que ser uma pessoa muito preparada e tem que ter também uma ajuda, porque a pessoa só recebendo... é muito pesado! [...] é algo bem complexo, difícil, tanto para eles como para quem vai cuidar [profissionais], precisa ser uma pessoa muito especial para receber cada personalidade dessas (P2).

Na maioria das vezes o profissional de saúde possui pouca habilidade para

trabalhar com pessoas que usam drogas, carecem de um suporte psicológico e de uma percepção sensível que facilite a compreensão do contexto de vida destas pessoas.

Categoria 2: Percepções sobre as pessoas que fazem uso de drogas

Uma das percepções reveladas pelos profissionais, é que as pessoas que fazem uso de drogas possuem carência afetiva proveniente na maioria das vezes por dificuldades na dinâmica familiar.

[...] elas [mulheres que fazem uso de drogas] são pessoas altamente carentes de afetividade, porque foram nascidas e criadas em lugar familiar totalmente desestruturado[...] (P2).

Além da questão que envolve a desarticulação familiar, os profissionais percebem uma grande dificuldade das pessoas que usam drogas em revelarem seu uso.

[...] Na realidade, nós sabemos quem é o usuário, só que o usuário que vai à unidade de saúde nunca comenta que é usuário de drogas (P3).

Quem acaba por revelar o uso de drogas em algumas situações são os próprios familiares, que vão à procura de ajuda ao perceber que o padrão de consumo está interferindo não apenas na vida da pessoa que faz o uso, mas também em toda sua família.

[...] Já aconteceu da mãe de usuários nos procurar, porque não aguentava mais ver o sofrimento do filho e estava temendo que ele fosse morto. A mãe nos procurou, *entrei em contato com o CAPSad e ele foi encaminhado* (P1).

Na fala acima também se observa que os profissionais precisam estar preparados para acolher, intervir e se necessário contatar outros serviços para o cuidado compartilhado dentro de uma lógica de Redução de Danos, para isso conhecer a Política de RD torna-se fundamental.

Categoria 3: Percepções sobre a Redução de Danos

Profissionais revelam percepções limitadas em relação às formas de atuação na lógica da RD como observa-se no depoimento abaixo:

[...]A política de redução de danos na questão do uso da camisinha e o uso das seringas, tudo bem! Porque você não está propagando doenças. Neste ponto funciona! Mas na questão da substituição de uma droga por outra, de uma mais potente para uma menos potente, não! (P4).

Apesar da concordância do profissional acima em relação à distribuição de alguns insumos, percebemos ao término de sua fala uma postura ambivalente sobre a eficácia da política frente a “substituição de uma droga para com a outra”. Para os profissionais existe um paradigma de que a melhor forma de “tratamento” é a abstinência total, e que a RD é eficiente quando aplicada à educação sexual.

[...]Eu também acho muito ruim a Redução de Danos. [...] Procurar alternativas, orientando o uso de outras drogas que fazem menos mal, a impressão que se dá, é que eu não estou fazendo com que as pessoas saiam das drogas, mas mostrando alternativas menos maléficas. É como se eu não estivesse fazendo o bem (P1).

Este sentimento de frustração pode ser resultado de conhecimentos limitados

sobre os princípios e diretrizes da política de Redução de Danos, da mesma forma que se percebe equívocos sobre o potencial de dependência peculiares às diferentes drogas.

[...] No álcool você pode falar nisso, em redução de danos, por que a pessoa tem um controle, mas o dependente químico [pessoas que consomem drogas ilícitas] não tem auto controle (P4).

Na fala acima percebe-se fragilidades no reconhecimento do álcool como uma droga potencial para causar dependência, principalmente ao referenciá-la como droga “mais controlável” que as demais, acreditando que para tratá-la o esforço é menor que o despendido às drogas ilícitas.

Categoria 4: Vulnerabilidades sentidas à promoção de um cuidado integral

[...] Eu ainda estou me sentindo muito pequeninha para cuidar das drogas, para cuidar de pacientes assim. Será possível ter situações que a gente sente que não é nada para cuidar de pacientes usuários de drogas? Porque na realidade não é fácil (P3).

Quando a profissional acima refere sentir-se “pequeninha” com relação ao cuidado prestado a pessoa que faz uso de drogas, remete o quão é complexo trabalhar com esta temática, principalmente quando se sentem impotentes em relação aos determinantes sociais.

[...] A gente vive alheio aos problemas de ponta da sociedade. A falta de educação e saúde. A gente vive em outro nível, e a partir do momento que a gente começa a participar de um serviço específico, a gente vê como nossa sociedade está doente, inclusive nós também (P6).

Outra vulnerabilidade sentida entre os profissionais de saúde foi a frustração da não continuidade do acompanhamento em outro local, seja pela desarticulação política dos diversos setores em rede, ou pelo abandono ao tratamento:

[...] Tínhamos uma paciente no serviço que fizemos o encaminhamento para o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS do município dela, para que pudesse participar de todas as atividades oferecidas pelo CRAS, fizemos um relatório para secretaria de assistência social para vê se conseguia um aluguel social para ela, fizemos também um relatório para Secretária da Paz para ela ser inserida no programa de inserção social. O que a gente pode fazer e estava ao nosso alcance nós fizemos. Mas, nós sabemos que ela não está participando de nenhuma atividade no CRAS, de nenhum grupo evangelizador, nada (P5).

A falta de garantia do acesso aos serviços, sejam de saúde, ou não, pode ser resultado da desarticulação entre os diversos atores e suas possíveis ações matriciadoras. Nas falas a seguir os profissionais destacam a importância desta articulação:

[...] Eu acho que a articulação da Comunidade Terapêutica com a unidade de saúde da família já direciona o paciente, para que ele continue sendo atendido, acompanhado lá (P1).

[...] Após passassem por essas comunidades terapêuticas toda semana participariam de uma reunião, ou de atividades na UBS, como atividades de

4 | DISCUSSÕES

Os serviços de atenção básica de saúde são aqueles que possuem a probabilidade de responderem de maneira mais efetiva às necessidades de saúde da população, tendo em vista os profissionais que neles atuam terem a oportunidade de construir vínculo com grande número de pessoas, inclusive podendo identificar e elaborar planos de ação para evitar a evolução de um quadro de dependência de drogas ou problemas associados ao uso delas (SOUZA; RONZANI, 2012).

No entanto, a resistência das pessoas que fazem uso de drogas buscarem cuidados ofertados pelas UBS antes de apresentarem qualquer complicação física e comportamentais relacionadas ao seu padrão de uso é evidente.

A maioria que faz uso nocivo da droga não reconhece este uso em excesso como problema, levando-a a procurar o serviço somente quando sente algum mal estar físico, ou seja, quando apresenta algum desconforto clínico de saúde e não necessariamente pelo padrão de uso, ou conflitos sociais emergentes (BARROS; PILLO, 2007).

Os profissionais e gestores atribuem a falta da demanda espontânea dessas pessoas às unidades de saúde à ausência de ações de prevenção e promoção de mobilização nacional. Assim, o discurso preventivo, embora amplamente discutido na teoria, raramente é colocado em prática nos serviços de saúde por diversos fatores entre eles o medo e o tabu dos profissionais ao trabalharem com pessoas que fazem uso de drogas, dificultando ainda mais o desenvolvimento de ações educativas na comunidade (COSTA et al., 2013).

A realização de grupos de orientação, oficinas e ou palestras são vistos como medidas educativas que possibilitam a expansão de atividades, sem constituir numa ação programada. De acordo com os enfermeiros também devem preparar os agentes comunitários de saúde para este fim ou ao menos treiná-los para que consigam identificar o caso, construir o vínculo para que seja possível traçar alguma intervenção (BARROS, 2007; GONÇALVES; TAVARES 2007).

Entretanto, trabalhar com esta temática exige do profissional habilidade para a escuta e suporte psicológico para redirecionar energias absorvidas proveniente do acompanhamento de histórias de vida complexas, cheias de sofrimento, marcadas pela vulnerabilidade social. Nestas condições ter uma supervisão terapêutica ajudaria ao próprio profissional trabalhar alguns valores e crenças que podem gerar algum sofrimento, ou até mesmo transferências e contratransferências, principalmente quando o vínculo é fortalecido na relação profissional-paciente.

Mesmo quando o vínculo é formado ainda é preciso sensibilizar-se com o outro, ou seja, só é possível perceber o outro a partir de um olhar mais humano e integral, mantendo-se posturas mais acolhedoras e resolutivas. Assim, é importante que ao

cuidar o profissional veja a pessoa humana em sua complexidade e não apenas como objeto de intervenção técnica (ACOSTA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Muitos profissionais constroem a imagem da pessoa que faz uso de drogas como sendo do sexo masculino, jovem, negro, pobre, com baixo nível de escolaridade, desempregado, praticante de atos violentos e envolvido com infrações. É preciso entender que existem pessoas com as características supracitadas que não fazem uso de drogas, e outras que o fazem e não se enquadram neste perfil.

Este pode ser um dos motivos que influenciam as pessoas que fazem uso de drogas a não buscarem ajuda, o receio ou a vergonha de serem julgados e rejeitados. É neste momento que a família deve exercer um papel fundamental de intermediadora desta ajuda, principalmente quando relata outras questões além do uso da droga, como a relação familiar conflituosa e a falta de oportunidades, principalmente na questão profissional (ZEMEL, 2001).

Nem sempre a família comporta-se como apoiadora que ressignifica seus valores morais e sociais. Além disto, alguns vínculos familiares podem ser rompidos ou fragilizados por atitudes de descréditos frente às sucessivas recaídas do familiar (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Daí a importância dos profissionais trabalharem a família quanto à possibilidade das recaídas que podem ocorrer mesmo durante o tratamento da dependência química.

Outra situação a ser destacada é que existe a possibilidade de algumas pessoas que fazem o uso de drogas mesmo conhecendo os prejuízos que a dependência pode lhes causar optarem em continuar fazendo seu uso. E neste caso os profissionais precisam agir de forma atenuante sobre os danos, sendo necessário conhecer a política de RD (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Esta política surge visando controlar possíveis consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) sem, necessariamente, interferir na oferta ou consumo, respeitando a liberdade de escolha, buscando inclusão social e cidadania para os usuários, em seus contextos de vida (PACHECO, 2013).

As ações de RD sociais e à saúde, compreendem: a) informação, educação e aconselhamento; em que é estabelecido o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, é fornecida informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo, o usuário é desestimulado a compartilhar instrumentos utilizados para consumo, orientado sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda e quanto à prática de sexo seguro. As ações de informação, educação e aconselhamento devem, ser acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causam dependência (BRASIL, 2005; DELBON; ROS; FERREIRA, 2006).

A RD contribui significativamente para a construção de um modelo exitoso de prevenção e atuação mais democrática na área da saúde. Além de propiciar, o engajamento da comunidade, por meio de suas associações, organizações, redes de

interação social, grupos e organizações religiosas, na discussão da problemática do uso de drogas (SANTOS; OLIVEIRA, 2013; BRASIL, 2005).

Porém os trabalhadores ainda sentem dificuldades de orientar e atuar dentro desta lógica de RD para um cuidado integral. Muitos sentem-se incapazes de orientar pessoas que fazem uso de drogas a usá-las de forma menos nociva (ACOSTA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Este olhar ampliado deve estar inserido em todas as ações que possam reduzir danos, independentemente de ser relacionado ao uso de drogas ou não. No caso específico do uso de drogas, a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado, segundo a política de redução de danos.

Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, tem-se que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, necessário, está sendo demandado, pode ser ofertado, deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003).

A política de RD mostra diversas maneiras de cuidar das pessoas que fazem uso de drogas, isso é diferente de impor tratamento e negar assistência ao usuário que não consegue, ou que não quer parar de consumir a drogas (BRASIL, 2003). A escolha deve ser do usuário se quer ou não parar de usar e os profissionais devem apoiá-lo e orientá-los em suas escolhas. A assistência à saúde destas pessoas que escolhem manter o uso deve continuar a ser ofertada, mantendo-se o foco na prevenção de maiores danos sempre visando a promoção a saúde integralmente. Não se deve negligenciar a assistência simplesmente por não aceitar a proposta da política de RD.

Nem tampouco limitar-se a conceitos midiáticos de que as drogas ilícitas causam os mais severos danos sociais e a saúde. O álcool, assim como fumo e maconha fazem parte da origem das civilizações. As bebidas produzidas por grandes empresas e anunciadas pela mídia de forma muito atrativa seja, socialmente, seja, recreativamente, financeiramente ou sexualmente, reproduzem na maioria das vezes, imagens atenuantes sobre os efeitos do álcool tornando-o mais aceito para a maioria da população. No entanto, as estimativas revelam 12,3% de dependentes de álcool na população brasileira e que 90% das internações hospitalares provocadas por uso de drogas estão associadas ao uso de álcool (DUARTE; FORMIGONI, 2014).

Assim como o álcool, abordar e acompanhar casos que envolvem o consumo de drogas, é uma problemática bastante complexa, que exige dos profissionais conhecimento, atitude, compromisso, ampliação de olhares e uma postura articuladora. Em muitas ocasiões os profissionais se sentem despreparados para intervir na assistência as pessoas que fazem uso de drogas e acreditam que o problema seja praticamente impossível de ser resolvido. O “despreparo” neste tipo de abordagem destaca sentimentos de baixa autoeficácia como uma barreira importante à adesão a um protocolo, reforçando que conhecimentos e atitudes são necessários, mas não

suficientes para que haja essa adesão (SOUZA; RONZANI, 2012).

Outra questão também observada nos estudos é que a assistência as pessoas que fazem uso de drogas, no Brasil, sempre foi marcada pelo modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, o que justifica muitas vezes a origem de sentimentos de medo, de impotência e de indignação dos profissionais que acabam agravando-se quando sentimentos de inabilidade técnica e distanciamento surgem durante sua atuação (SOUZA; RONZANI, 2012).

Outro sentimento encontrado entre os profissionais de saúde foi o da frustração, onde os profissionais, principalmente da atenção básica, focam seus interesses e energias para os programas ministeriais que exigem do profissional uma produção mensal de atendimentos, ou seja, os atendimentos com menor situação crítica, deixando-se a assistência aos usuários de drogas para um segundo momento, além de que o trabalho nessa temática requer habilidades técnicas e conhecimento científico para que de fato os trabalhadores sintam-se capazes de auxiliarem esses usuários de forma integral (ACOSTA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

A desarticulação política também passa a ser vista como uma vulnerabilidade para o atendimento integral, pois mesmo tendo o reconhecimento da equipe de que o diálogo entre as duas unidades envolvidas é fundamental para implementação de um projeto terapêutico, a falta da garantia de acesso aos serviços dificulta as tentativas de articulação em rede gerando sentimento de impotência, angústia e frustração nos profissionais (VARGAS; OLIVEIRA; LUÍS, 2010).

Apesar de profissionais de ambos serviços envolvidos na pesquisa concordarem com a necessidade de uma real articulação entre ESF e Comunidade Terapêutica; o profissional da unidade básica vê a articulação como uma fonte de apoio tanto para a pessoa em tratamento como para sua família, enquanto o profissional da Comunidade Terapêutica vê a unidade como uma possibilidade de continuidade no acompanhamento da assistência já que a unidade básica deve oferecer atividades diversas para a promoção da saúde integral.

Mas, para essa articulação ocorrer, é preciso que o Estado ofereça alguns insumos que viabilizem tal aproximação, como: transporte para realização de matriciamento, linha telefônica, materiais informativos, materiais para educação em saúde, além de fortalecer ações de educação permanente na temática de drogas, a fim de que, a assistência prestada à pessoa que faz uso de drogas seja integral, contínua e de qualidade.

A Política Nacional de Álcool e outras Drogas começou a alinhar-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, com o objetivo de ampliar a consciência para a importância da intersetorialidade e da descentralização das ações sobre drogas no território nacional (VARGAS; OLIVEIRA; LUÍS, 2010). A Rede de Assistência Psicossocial deve ser implantada em todo o território brasileiro por compor um conjunto de ações de saúde mental integrada, articulada e efetiva

nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de drogas (BRASIL, 2013).

5 | CONCLUSÕES

O estudo descreveu a percepção dos profissionais da atenção básica e Comunidade Terapêutica sobre as vivências de capacitação na temática das drogas evidenciando que as pessoas que fazem uso destas substâncias muitas vezes não buscam os serviços de saúde devido à falta de atividades ofertadas a elas ou por medo, ou por inabilidade técnica, ou mesmo por limitações de compreensão de lógicas que atuam reduzindo danos, comprometendo diversas ações de promoção, prevenção e reabilitação psicossocial que podem ser ofertadas ao público em questão.

Percebeu-se no estudo que a desestruturação familiar tem sido evidenciada nas histórias das pessoas que fazem uso de drogas e que na maioria das vezes são histórias de vidas complexas e imbricadas a vulnerabilidades sociais limitantes que originam sentimentos de frustração e desânimos. Ser ofertado suporte psicológico aos profissionais que lidam com estes conteúdos diariamente seria extremamente necessário para preservar a saúde mental do trabalhador envolvido.

Deste modo, é indispensável investir em ações de educação permanente a fim de acompanhá-los e capacitá-los para melhor assistência às pessoas vulneráveis ao uso de drogas. A reflexão sobre os estigmas contidos na subjetividade dos profissionais deve ser trabalhada continuamente para ampliar olhares além de um “olhar” moralista autolimitante, compreendendo e adotando estratégias pautadas na política de redução de danos. Para isto reforçar estes aspectos desde a graduação propicia uma formação generalista com percepções ampliadas que possibilitem diagnosticar, intervir e articular assistência em rede a pessoa que faz uso de drogas.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.M.; PELEGRINI, A.H.W.; LIMA, A.L.D.S. Percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Enferm. Foco.** v. 2, n. 2, p. 141-44, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/114>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

ALBUQUERQUE, R.C. R. **Casas do Meio do Caminho**: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. 2008, 223 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

BARDIM, L. **Análise de Conteúdo**. 70 ed. Lisboa: Lda, 2009.

BARROS, M. A.; PILLO, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 261-6, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.ogle&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14790&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03

jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. 2013. Disponível: <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/conteudo/perfil-brasil.pdf>>. Acesso em: 21 nov 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral à Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.

BRASIL. Portaria Nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Dispõe das ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 jul. 2005, n. 126.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011a, Seção 1, p. 59-61.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 2011b, Seção 1, p. 01-29.

COSTA, P.H.A et al. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Rev. panam. salud pública**. v. 33, n. 5, p. 325-31, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/journal/index.php?gid=588&option=com_docman&task=doc_download>. Acesso em: 21 nov. 2018.

DANTAS, D.C. **Competência dos enfermeiros para o cuidado ao usuário de crack**. 2013, 60 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

de Políticas sobre Drogas, SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento, , 2017. 146 p.

DELBON, F.; ROS, V. D.; FERREIRA, E. M. A. Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. **Saude Soc**. v. 15, n 1, p. 37- 48, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902006000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 nov. 2018.

DUARTE, P. C. A. V. FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.) **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1**. 11. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento, 2014, 146 p.

GONÇALVES, S.S.P.M; TAVARES, C.M.M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Esc. Anna Nery Rev**. v. 11, n. 4, p.586-92, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a05>>. Citado em: 21 de nov 2018.

LIMA, M. et al. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. **Rev. saúde pública**. V. 41, n.2, p. 6-13, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102007000900004&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 jan. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Huncitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Drogas**. New York: OMS, 2011.

PACHECO, M. E. A. G. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no projeto consultório de rua em fortaleza**, Ceará. 2013, 126 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, CE, 2013.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2016.

SANTANA, M. C. C. P. et al. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, n. 2, p. 411-17, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15n2/411-417/#ModalArticles>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

SANTOS, J.A. T.; OLIVEIRA, M.L.F. Implantação de ações para enfrentamento do consumo de drogas na atenção primária a saúde. **Cogitare enferm.** v. 18, n. 1, p. 21-8, 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/28977>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

SILVA, M.R; MARCHESE, R. M. M. **Causas do uso de drogas por adolescentes do bairro São Benedito no município de Formosa – GO**. 2011, 25 f. Monografia (Curso de Licenciatura em Biologia a Distância), Universidade de Brasília e Universidade Estadual de Goiás, DF, 2011.

SOUZA, I.C.W; RONZANI, T.M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicol. estud.** v.17, n. 2, p. 237- 46, abr./jun. 2012 Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000200007>. Acesso em: 21 nov. 2018.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool Drog.** v. 2, n. 1, p. 1-17, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v2n1/v2n1a03.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

SOUZA, L.M.; PINTO, M.G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. eletrônica enferm.** Goiania, v. 12, n. 2, p. 374-383, 2012. Disponível em: < <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a18.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

TONG, A., SAINSBURY, P., CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int. j. qual. health care**. v. 19, n. 6, p. 349 – 57, dez. 2007. Disponível em:< <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>>. Acesso em: 21 de nov. 2018.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F., LUÍS, M. A. V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. **Acta paul. enferm.** v. 23, n. 1, p. 73 - 9, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100012>. Acesso em: 21 nov. 2018.

ZEMEL, M.L.S. O papel da família no tratamento da dependência. **Rev. IMESC**. n.3, p. 43-63, 2001. Disponível em: < <http://www.imesc.sp.gov.br/Revistas/Revista%20IMESC%20n%C2%BA%203%20-%20outubro%20-%202001.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

SOBRECARGA DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA

Suzana Mara Cordeiro Eloia

Universidade Federal do Ceará – Departamento
de Enfermagem
Fortaleza – Ceará

Sara Cordeiro Eloia

Universidade Federal do Ceará – Departamento
de Enfermagem
Fortaleza – Ceará

Lívia Moreira Barros

Universidade Estadual Vale do Acaraú – Centro
de Ciências da Saúde
Sobral - Ceará

Letícia Lima Aguiar

Universidade Federal do Ceará – Departamento
de Enfermagem
Fortaleza – Ceará

Joselany Áfio Caetano

Universidade Federal do Ceará – Departamento
de Enfermagem
Fortaleza – Ceará

Eliany Nazaré Oliveira

Universidade Estadual Vale do Acaraú – Centro
de Ciências da Saúde
Sobral - Ceará

RESUMO: Objetivou-se analisar a sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtorno esquizofrênico, assistidos por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral e Unidade de Internação Psiquiátrica em

Hospital Geral (UIPHG). Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, realizado com 86 cuidadores. Para coleta dos dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico e a Escala de Avaliação da Sobrecarga Familiar, adaptada e validada para o Brasil, que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva. Os dados foram organizados pelo software Excel 2010 e analisados por meio de estatística descritiva. O grupo de cuidadores do CAPS Geral apresentou maior sobrecarga objetiva na assistência à vida cotidiana das pessoas com esquizofrenia, enquanto a supervisão dos comportamentos problemáticos e impacto na rotina diária gerou maior sobrecarga objetiva nos cuidadores da UIPHG. A sobrecarga subjetiva foi mais frequente nos cuidadores na UIPHG. Faz-se necessário repensar estratégias mais específicas e projetos terapêuticos voltados às famílias.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia; Sobrecarga familiar; Cuidados de enfermagem; Serviços de saúde mental.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the burden of family caregivers of people with schizophrenic disorder, assisted by Center for Psychosocial Care (CAPS) General and Inpatient Psychiatric Unit in General Hospital (UIPHG). This is a cross-sectional, exploratory and descriptive study carried out with 86

caregivers. For data collection, we used a sociodemographic questionnaire and the Family Assessment Scale Overload, adapted and validated to Brazil, which assesses the objective and subjective burden. The data were organized by Excel 2010 software and analyzed using descriptive statistics. The general CAPS caregiver group presented a greater objective overload in the daily life care of people with schizophrenia, while the supervision of the problematic behaviors and impact in the daily routine generated a greater objective overload in the UIPHG caregivers. Subjective overload was more frequent in caregivers at UIPHG. It is necessary to rethink more specific strategies and therapeutic projects aimed at families.

KEYWORDS: Schizophrenia; Family overload; Nursing care; Mental health services.

1 | INTRODUÇÃO

Por muito tempo, a pessoa com esquizofrenia era tratada sob condições desumanas e mantida distante da sociedade, permanecendo muitos anos nos manicômios. Somente a partir da Lei Federal 10.216 de 2001 foram criados os serviços substitutivos baseados no tratamento multidisciplinar, visando à reintegração social, com propostas de transformação dos conceitos sobre saúde, doença mental e a assistência nessa área (SHIRAKAWA, 2009).

Assim, surgem os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as semi-internações, os ambulatorios, as residências terapêuticas e os centros de convivência integrados à rede de assistência a saúde (BRASIL, 2007), superando o modelo manicomial.

Nesse processo de desinstitucionalização, a família passa a assumir o papel principal no cuidado ao seu familiar seguindo as propostas da atual Reforma Psiquiátrica. No entanto, a família não foi preparada para exercer esta função; é preciso considerar suas potencialidades, limitações, condições estruturais, econômicas e emocionais, no intuito de conduzir satisfatoriamente esses aspectos da convivência com a doença (SALES et al., 2010).

Na pesquisa de Machineski, Schneider e Camatta (2013), os cuidadores afirmam não receberem a devida atenção, no sentido de saber sobre o tratamento do seu familiar, receber apoio psicológico e orientações sobre a doença. Expressam ainda o desejo de proximidade com a equipe multiprofissional, a fim de esclarecer como se dão as relações intrafamiliares no domicílio na perspectiva de promover uma convivência mais harmônica.

Neste sentido, faz-se necessário que os serviços de saúde mental auxiliem as famílias, prestem uma escuta atenta às suas dificuldades e dúvidas em relação ao enfrentamento do adoecimento de seu familiar (BESSA; W Aidman, 2013) e as ajudem a solucionar os problemas enfrentados no cuidado para aliviar a sobrecarga.

À medida que se reconhece o papel da família no cuidado e reabilitação psicossocial, compreende-se a interferência nas atividades e na vida do cuidador

trazendo a tona uma sobrecarga que pode assumir diferentes graus de acordo com as variáveis envolvidas na relação cuidador/paciente (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

A sobrecarga pode se apresentar em suas dimensões objetiva e subjetiva. A objetiva está relacionada às consequências negativas da presença de uma pessoa com transtorno mental na família, como acúmulo de tarefas, aumento de custos financeiros, limitação das atividades cotidianas e fragilização dos relacionamentos entre os familiares, entre outros. A sobrecarga subjetiva diz respeito à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o doente, seus sentimentos quanto à responsabilidade e às preocupações que envolvem o cuidado à saúde (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

Estes autores, ao analisar o grau de sobrecarga dos cuidadores de pessoas com transtornos mentais, grave e persistente, identificaram em todos os cuidadores algum grau de sobrecarga.

Dessa forma, estudos que possam investigar a sobrecarga que a família enfrenta na convivência com a pessoa esquizofrênica se tornam relevantes para que se adotem estratégias de apoio às necessidades das famílias.

Diante do exposto, formulou-se a seguinte questão: quais fatores contribuem para a ocorrência da sobrecarga em cuidadores de pacientes com esquizofrenia? Portanto, este estudo objetivou analisar a sobrecarga de cuidadores familiares da pessoa com transtorno esquizofrênico, assistidos por CAPS Geral e Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG).

2 | MÉTODO

Estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir do recorte de uma pesquisa a qual analisou a sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental, assistidas na rede de atenção integral à saúde mental do município de Sobral – Ceará. Esta pesquisa, financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), agrupou uma amostra de 216 cuidadores no CAPS Geral, 86 no CAPS AD e 83 na UIPHG, totalizando uma amostra de 385.

Selecionou-se para o estudo atual 86 cuidadores familiares de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, sendo 54 cuidadores no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes e 32 na Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG) Dr. Odorico Monteiro de Andrade no Hospital Dr. Estevam Ponte. Tais serviços fazem parte da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) do município de Sobral, Ceará.

Foram critérios de inclusão os cuidadores de 18 anos ou mais, que apresentassem disponibilidade, capacidade física e mental para responder à entrevista, serem considerado pelo serviço de saúde mental como ‘cuidador’ do usuário e residir em

Sobral. Foram excluídos os cuidadores que acompanhavam o seu familiar cujo prontuário deferia dois ou mais diagnósticos, em codificação segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1995) na ocasião da pesquisa.

O termo cuidador foi compreendido como uma pessoa que presta cuidados informais (não técnicos e não remunerados) ao usuário, considerado pelo serviço de saúde mental como o responsável pelo usuário, ou seja, aquele a quem a equipe aciona/procura em caso de necessidade (PEGORARO; CALDANA, 2006).

Na coleta dos dados, as pesquisadoras foram previamente treinadas para a abordagem e entrevista dos sujeitos. Estas entrevistas aconteceram individualmente, com duração em média de 45 minutos, solicitando a participação voluntária dos cuidadores a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizando a utilização dos dados coletados. Em seguida, aplicavam-se o questionário sociodemográfico, composto por questões referentes ao contexto do portador de transtorno mental, ao contexto sociodemográfico e circunstancial do cuidador, e a Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (FBIS-BR), avaliando a sobrecarga objetiva e subjetiva (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELLA, 2005).

As dimensões avaliadas por esta escala são: a) assistência na vida cotidiana; b) supervisão aos comportamentos problemáticos; c) gastos financeiros com o paciente; d) impacto nas rotinas diárias da família; e) preocupações do familiar com o paciente. Estas questões da escala se referem aos últimos 30 dias da realização da entrevista.

Os dados foram organizados e processados pelo *software Excel* 2010 e expostos em tabelas. Analisou-se a porcentagem de respostas para cada item das subescalas, considerando que nas questões referentes à sobrecarga objetiva, as respostas acima de 4 indicaram sobrecarga elevada. E quanto as questões referentes à sobrecarga subjetiva, evidenciaram sobrecarga elevada as respostas acima de 3. Ressalta-se que a sobrecarga objetiva é avaliada por meio da frequência de cuidados prestados ao paciente; já a sobrecarga subjetiva, pelo grau de incômodo sentido pelo familiar. A análise da FBIS-BR foi realizada de acordo com as orientações do instrumento.

Em consonância com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013), este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), CAAE nº. 02455812.5.0000.5053.

3 | RESULTADOS

Os resultados serão apresentados segundo o perfil sociodemográfico das pessoas com esquizofrenia, cuidadores familiares e o tipo de sobrecarga objetiva e subjetiva nos dois serviços de saúde mental estudados.

3.1 Perfil sociodemográfico

Neste estudo, a maioria das pessoas com esquizofrenia era do sexo masculino (75,6%), com idade média de 35,4 anos (DP = 13,6). No contexto, destacou-se a idade

mínima de 11 anos no CAPS Geral e a idade máxima de 71 anos na UIPHG.

Com relação aos cuidadores, destacou-se o gênero feminino (89,5%), com idade acima de 40 anos (79,1%), casada (38,4%), sendo a mãe o parentesco mais prevalente (59,3%). Quanto à escolaridade e profissão, identificou-se maior frequência de cuidadores com ensino fundamental incompleto (44,2%), estando desempregados ou cuidando do lar (38,4%).

3.2 Sobrecarga objetiva

Quanto à apresentação da sobrecarga objetiva, percebeu-se que entre os domínios da escala FBIS-BR, os itens relativos à assistência na vida cotidiana (subescala A) foram os que mais contribuíram para a sobrecarga elevada dos cuidadores. Estes assistiam seus familiares em suas atividades cotidianas numa frequência de três vezes por semana a todos os dias.

A seguir, as porcentagens das respostas dos itens relacionados à sobrecarga objetiva segundo os serviços estudados (Tabela 1).

Subescalas/ Itens da escala objetiva	Respostas 1 e 2	Respostas 4 e 5	Respostas 1 e 2	Respostas 4 e 5
	CAPS Geral		UIPHG	
Subescala A - Assistência na vida cotidiana				
Higiene e cuidados pessoais	40,7%	55,5%	28,1%	62,5%
Administração de medicamentos	16,6%	81,5%	34,4%	62,5%
Realização de tarefas de casa	20,3%	74,1%	21,9%	65,6%
Realização de compras	44,4%	40,7%	31,2%	56,2%
Preparo de refeições	7,4%	90,7%	6,2%	87,5%
Transporte	74,1%	7,4%	75,0%	15,6%
Administração do dinheiro	50,0%	50,0%	50,0%	46,9%
Ocupação do tempo	53,7%	37,0%	40,6%	34,4%
Consultas médicas e atividades nos serviços de saúde mental	74,1%	11,1%	68,7%	21,9%
Subescala B - Supervisão aos comportamentos Problemáticos				
Comportamentos desconcertantes	59,3%	29,6%	31,2%	62,5%
Pedir atenção excessiva	57,4%	31,5%	37,5%	46,9%
Perturbações noturnas	68,5%	24,1%	43,7%	40,6%
Comportamento heteroagressivo	83,3%	9,3%	53,1%	34,4%
Comportamento autoagressivo	87,0%	7,4%	53,1%	37,5%
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas	96,3%	1,8%	87,5%	6,2%
Consumo excessivo de alimentos, ou bebidas não alcoólicas, ou fumo	46,3%	53,7%	53,1%	43,7%
Uso de drogas ilegais	94,4%	3,7%	87,5%	6,2%
Subescala D - Impacto nas rotinas diárias				
Atrasos ou ausências a compromissos	75,9%	9,3%	43,7%	31,2%
Alterações das atividades sociais e de lazer	66,7%	14,8%	46,9%	40,6%
Alterações nos serviços ou rotinas da casa	59,3%	25,9%	25,0%	59,4%

Tabela 1 – Distribuição das respostas de cada item da escala FBIS-BR que indica sobrecarga objetiva, segundo rede assistencial. Sobral, Ceará, 2016.

Legenda: 1= nenhuma vez, 2= menos que uma vez por semana, 4= três a seis vezes por semana e 5= todos os dias.

Com relação à subescala A, a sobrecarga objetiva dos cuidadores no CAPS Geral foi mais elevada do que os cuidadores na UIPHG nos itens administração de medicamentos, realização de tarefas de casa e preparo de refeições. Já nos itens higiene e realização de compras, a frequência da sobrecarga foi maior na UIPHG.

Quanto à supervisão dos comportamentos problemáticos (subescala B), os itens tentar evitar ou impedir que a pessoa apresentasse algum comportamento desconcertante e evitar ou impedir que o familiar exigisse demais a atenção geraram maior sobrecarga nos cuidadores da UIPHG. Enquanto que a supervisão do consumo excessivo de alimentos, ou bebidas não alcoólicas, ou fumo, resultou em sobrecarga somente nos cuidadores do CAPS Geral.

Ao analisar os impactos nas rotinas diárias (subescala D), observou-se sobrecarga no grupo na UIPHG no item alterações nos serviços ou rotinas da casa.

3.3 Sobrecarga subjetiva

Apresenta-se nas tabelas 2 e 3 a sobrecarga subjetiva. Os itens relativos à supervisão dos comportamentos problemáticos (subescala B), sobrecarga financeira (subescala C) e preocupação com a pessoa com esquizofrenia (subescala E) acarretaram maior sobrecarga subjetiva nos cuidadores na UIPHG do que no CAPS Geral. Entretanto, os itens da assistência na vida cotidiana (subescala A) não geraram sobrecarga.

Subescalas/ Subjetiva	Itens da escala	Respostas 1 e 2	Respostas 3 e 4	Respostas 1 e 2	Respostas 3 e 4
		CAPS Geral		UIPHG	
Subescala A - Assistência na vida cotidiana					
	Higiene e cuidados pessoais	66,7%	33,3%	71,9%	28,1%
	Administração de medicamentos	79,6%	20,4%	78,1%	21,9%
	Realização de tarefas de casa	75,9%	24,1%	78,1%	21,9%
	Realização de compras	87,0%	13,0%	84,4%	15,6%
	Preparo de refeições	88,9%	11,1%	96,9%	3,1%
	Transporte	90,7%	9,3%	68,7%	31,3%
	Administração do dinheiro	96,3%	3,7%	93,7%	6,3%
	Ocupação do tempo	79,6%	20,4%	71,9%	28,1%
	Consultas médicas e atividades nos serviços de saúde mental	81,5%	18,5%	68,7%	31,3%
Subescala B - Supervisão aos comportamentos Problemáticos					

Comportamentos desconcertantes	50,0%	50,0%	28,1%	71,9%
Pedir atenção excessiva	75,9%	24,1%	62,5%	37,5%
Perturbações noturnas	66,7%	33,3%	34,4%	65,6%
Comportamento heteroagressivo	77,8%	22,2%	46,9%	53,1%
Comportamento autoagressivo	75,9%	24,1%	50,0%	50,0%
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas	90,7%	9,3%	75,0%	25,0%
Consumo excessivo de alimentos, ou bebidas não alcoólicas, ou fumo	61,1%	38,9%	59,4%	40,6%
Uso de drogas ilegais	92,6%	7,4%	84,4%	15,6%

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos itens “assistência na vida cotidiana” e “supervisão dos comportamentos problemáticos” da escala FBIS-BR que indicam sobrecarga subjetiva, segundo rede assistencial. Sobral, Ceará, 2016.

Legenda: 1= nenhum pouco, 2= muito pouco, 3= um pouco e 4= muito.

Subescalas/Itens da escala Subjetiva	Respostas 1 e 2	Respostas 4 e 5	Respostas 1 e 2	Respostas 4 e 5
	CAPS Geral		UIPHG	
Subescala C - Sobrecarga financeira				
Peso dos gastos com o paciente	48,1%	37,0%	21,9%	56,3%
Subescala E - Preocupação com o paciente				
Segurança física	7,4%	72,2%	3,1%	71,9%
Tipo de ajuda e tratamento da doença	40,7%	46,3%	40,6%	37,5%
Vida social	37,0%	40,7%	28,1%	59,4%
Saúde física	7,4%	74,1%	9,4%	71,9%
Condições de moradia atual	37,0%	53,7%	21,9%	71,9%
Sobrevivência financeira	9,3%	68,5%	21,9%	75,0%
Futuro	7,4%	72,2%	3,1%	87,5%

Tabela 3 - Distribuição das respostas dos itens “sobrecarga financeira” e “preocupações com o paciente” da escala FBIS-BR que indicam sobrecarga subjetiva, segundo rede assistencial. Sobral, Ceará, 2016.

Legenda: 1= nunca, 2= raramente, 4= frequentemente e 5= sempre.

O incômodo por tentar evitar ou impedir que seu familiar apresentasse algum comportamento vergonhoso, comportamento heteroagressivo ou perturbações durante a noite (subescala B) gerou maior sobrecarga nos cuidadores na UIPHG, como também o peso dos gastos com o paciente (subescala C).

A preocupação quanto à segurança física, tipo de ajuda e tratamento médico oferecido à pessoa com esquizofrenia, bem como a sua saúde física, foram maiores nos cuidadores no CAPS Geral. Já os itens preocupação com a vida social, condições de moradia atual, sobrevivência financeira e futuro resultaram em elevada sobrecarga subjetiva nos cuidadores da UIPHG.

4 | DISCUSSÃO

Os resultados para as variáveis sexo e idade das pessoas com esquizofrenia corroboraram com pesquisas similares (SILVA; SANTOS, 2009; NOLASCO, 2014), em que a maioria era do sexo masculino e com médias de idade semelhantes a 35,4 anos.

O perfil sociodemográfico dos cuidadores nos dois serviços apontou o gênero feminino e a mãe como provedora de cuidados, concordando com outros estudos (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012; NOLASCO, et al., 2014; DADA et al., 2011; PAPASTAVROU, 2010). Evidenciou, também, o perfil da mulher casada, com idade acima de 40 anos e com limitado grau de instrução. Alguns estudos já mostram uma correlação entre a baixa escolaridade e a dificuldade de compreender a esquizofrenia, fato que contribui para o aumento da sobrecarga²². Além disso, cuidadores com baixa escolaridade, geralmente, apresentam rendimentos mensais escassos e baixa qualidade de vida, podendo agravar os impactos do transtorno (TAN et al., 2012).

O pouco tempo de estudo formal também é considerado um dos fatores que interfere na decisão por abandonar o trabalho para cuidar da família. Isso pode justificar o resultado dos cuidadores desta pesquisa estarem em situação de desemprego ou cuidando do lar. Entretanto, estudiosos alertam o expressivo risco de adoecimento por sobrecarga na situação de desemprego, principalmente quando estes cuidadores são mulheres, que acumulam à atividade de cuidadora a outras funções, como ser mãe, esposa e dona de casa, comprometendo o autocuidado e o lazer, podendo resultar em adoecimento físico e transtorno mental (CARDOSO; GALERA, 2011).

Quanto à apresentação da sobrecarga, percebeu-se que nos dois serviços os cuidadores tiveram maiores frequências de sobrecarga objetiva ao assistirem seus familiares nas tarefas cotidianas e maior grau de sobrecarga subjetiva durante as preocupações sentidas com seu familiar.

Quanto à sobrecarga objetiva, os resultados apontaram diferenças entre os cuidadores nos dois serviços. Cuidadores no CAPS Geral, comparando-se ao grupo na UIPHG, assistiram com maior frequência o paciente nas atividades cotidianas. O grupo na UIPHG, por sua vez, esteve mais sobrecarregado quanto à supervisão dos comportamentos problemáticos do paciente, como também no impacto em sua rotina diária. O período da hospitalização influenciou na baixa frequência com que os cuidadores na UIPHG prestaram assistência no cotidiano do seu familiar, pois se atribuía a função da equipe de saúde mental, bem como da organização institucional, a responsabilidade pelo cuidado ao paciente.

Ao avaliar especificamente os itens da subescala A, os resultados mostraram maior sobrecarga na administração de medicamentos, realização de tarefas de casa e preparo de refeições entre os cuidadores do CAPS Geral. Já a frequência da assistência dos cuidadores na higiene e cuidados pessoais do seu familiar, assim como para a realização de compras, gerou maior sobrecarga no grupo da UIPHG.

A dependência das pessoas com esquizofrenia, no que concerne às atividades de autocuidado, gerou necessidade de cuidados permanentes pelos cuidadores, alterando a dinâmica familiar e exigindo reorganização constante no gerenciamento do cotidiano das famílias (BARROS; BESSA; VASCONCELOS, 2013).

Quanto à supervisão dos comportamentos problemáticos, os cuidadores na UIPHG se sentiram mais sobrecarregados do que os cuidadores no CAPS Geral ao supervisionar comportamentos desconcertantes e evitar ou impedir que o familiar exigisse demais a atenção, assemelhando-se ao estudo de Cardoso, Galera e Vieira (2012). Acredita-se que a melhor justificativa para esses achados seja o fato de que os pacientes na UIPHG se apresentavam em crise e entende-se que o familiar tenha vivenciado recentemente momentos complexos junto ao paciente.

Ao analisar os impactos nas rotinas diárias, observou-se sobrecarga nas alterações nos serviços ou rotinas da casa dos cuidadores presentes na UIPHG. Esse achado corrobora com o estudo de Soares Neto Teles e Rosa (2011), na qual a rotina do cuidador é modificada devido à internação do familiar.

Dentre os domínios que indicaram sobrecarga subjetiva têm-se o incômodo na supervisão dos comportamentos problemáticos, a sobrecarga financeira e as preocupações com o familiar esquizofrênico.

Nas análises mais detalhadas destas subescalas, os cuidadores na UIPHG apresentaram maior sobrecarga em diversos itens. O incômodo por supervisionar os comportamentos desconcertantes, heteroagressivos e as perturbações durante a noite apresentaram diferença entre os cuidadores, os quais na UIPHG sentiram-se mais incomodados do que cuidadores no CAPS Geral.

Com relação à sobrecarga financeira, nos cuidadores na UIPHG apresentou-se mais frequente. A baixa produtividade dos pacientes e despesas com tratamento acarreta ônus para a família, que necessita arcar com os gastos do paciente. Além disso, muitos cuidadores familiares deixam o emprego após o adoecimento do familiar para dedicar-se a este, o que pode aumentar ainda mais esta sobrecarga (HANSEN et al., 2014).

Com relação às preocupações com o paciente, verificaram-se diferenças entre os cuidadores dos dois serviços. No CAPS Geral, a preocupação quanto à segurança física, saúde física e tipo de ajuda e tratamento médico oferecido foram os fatores mais preocupantes. Já os cuidadores da UIPHG, relataram maior preocupação com a vida social, condições de moradia atual, sobrevivência financeira e futuro da pessoa com esquizofrenia. Os cuidadores mostraram-se temerosos com o que será de seu ente quando estiverem incapacitados de cuidar ou quando falecerem, pois são, muitas vezes, os únicos dispostos a oferecer cuidados. Também temem que, devido à doença, o paciente se exponha a riscos, como brigas, acidentes, tentativas de suicídio ou que alguém se aproveite de sua condição de saúde (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; AWAD; VORUGANTI, 2008).

Interessante destacar que o domínio assistência nas atividades da vida diária não

gerou acentuada sobrecarga subjetiva, diferenciando-se do aspecto objetivo. Esse resultado corrobora com outros estudos, justificando-se pelo sentimento de obrigação que os sujeitos apresentam em realizar as atividades domésticas e o cuidado aos familiares (SCHEIN; BOECKEL, 2012). Este discurso se caracteriza como uma questão de gênero, pela qual a mulher não se percebe no direito de manifestar sentimento de incômodo diante dessas atividades por achar que está cumprindo o seu dever.

Portanto, torna-se relevante identificar o grau de sobrecarga dos cuidadores familiares de pessoas esquizofrênicas pela necessidade de avaliar a assistência prestada pelos serviços de saúde mental e de se repensar estratégias que atendam a família/ cuidador a fim de que não adoçam mentalmente.

5 | CONCLUSÃO

A sobrecarga dos cuidadores de pacientes com esquizofrenia é discutida na literatura mundial. Com a reforma psiquiátrica, a família se tornou parceira no tratamento e necessita dos profissionais e gestão da saúde uma atenção especial que vise prevenir o seu adoecimento físico e mental e que contribuam efetivamente no acompanhamento e reabilitação do paciente.

Com esta pesquisa, objetivou-se contribuir para o entendimento dos fatores que influenciaram a sobrecarga. Assim, acredita-se que os profissionais de saúde devam repensar estratégias mais específicas e projetos terapêuticos voltados às famílias, a fim de que melhor compreendam a sintomatologia da esquizofrenia, a forma de tratamento e a importância do acompanhamento psicossocial.

Os resultados deste estudo também permitem refletir que os programas de saúde pública devem considerar a participação da família como fonte de cuidados às pessoas com esquizofrenia e a sobrecarga que resulta desse papel, para que aconteça uma assistência voltada para melhoria da qualidade de vida da pessoa doente e da família.

Tendo em vista esses resultados, pode-se afirmar que a escassez de outros estudos que analisassem a sobrecarga de cuidadores de pessoas com esquizofrenia em diferentes serviços de saúde mental limitou a discussão dos resultados encontrados. Todavia, pode-se considerar a gravidade do quadro clínico como fator preditor de sobrecarga objetiva e subjetiva vivida pelos cuidadores.

Estudos de intervenção com cuidadores e seu familiar esquizofrênico fazem-se necessários para que estratégias em melhoria da saúde se disseminem pelo mundo. Reconhecem-se as limitações deste estudo. Um perfil mais detalhado da pessoa com esquizofrenia e condições de vida dos familiares poderiam potencialmente interferir no grau de sobrecarga dos cuidadores.

AGRADECIMENTOS

À FUNCAP pelo financiamento da pesquisa através do Programa de Bolsas de produtividade e Estímulo à Interiorização. E ao Governo do Estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

AWAD, A. G.; VORUGANTI, N. P. The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Pharmacoeconomics*, v. 26, n. 2, p. 149-162, 2008.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; VARELLA, A. A. B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.

BARROS, M. M. M.; BESSA, J. M. S.; VASCONCELOS, M. G. F. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. *Physis*, v. 23, n. 3, p. 821-841, 2013.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes atendidos na rede pública. *Revista Psiquiátrica Clínica*, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto e contexto enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 61-70, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; Ministério da Saúde, 2007.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 4, p. 517-523, 2012.

DADA, M. U. et al. Factors associated with caregiver burden in a child and adolescent psychiatric facility in Lagos, Nigeria: a descriptive cross sectional study. *BMC Pediatrics*, v. 11, p. 110, 2011.

HANSEN, N. F. et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 16, n. 1, p. 220-227, 2014.

MACHINESKI, G. G.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 1, p. 126-132, 2013.

NOLASCO, M. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 63, n. 2, p. 89-97, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10ª Revisão. São Paulo: CBCD, 1995.

PAPASTAVROU, E. et al. The cost of caring: the relative with schizophrenia. *Scandinavian Journal of*

Caring Sciences, v. 24, n. 4, p. 817–823, 2010.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 3, p. 569-577, 2006.

SALES, C. A. Vivências dos familiares ao cuidar de um ente esquizofrênico: um enfoque fenomenológico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 456-463, 2010.

SCHEIN, S; BOECKEL, M. G. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. *Saúde e Transformação Social*, v. 3, n. 2, p. 32-42, 2012.

SHIRAKAWA, I. O ajustamento social na esquizofrenia. 4ª ed. São Paulo: Casa Leitura, 2009.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora. *Estud psicologia*, v. 26, n. 1, p. 85-92, 2009.

SOARES NETO, E. B.; TELES, J. B. M.; ROSA, L. C. S. Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 38, n. 2, p. 47-52, 2011.

TAN, S. C. H. et al. Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *Journal of Clinical Nursing*, v. 21, p. 2410-2418, 2012.

APROXIMAÇÃO E AMBIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA JUNTO AOS REDUTORES DE DANOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Zaira Letícia Tisott

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS), Porto Alegre, RS. Marlene Gomes Terra

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Santa Maria, RS.

Jacó Fernando Schneider

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS), Porto Alegre, RS.

Amanda de Lemos Mello

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Santa Maria, RS.

Keity Laís Siepmann Soccol

Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria,
RS.

Vera Lúcia Freitag

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS), Porto Alegre, RS.

Fonte de financiamento: Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Agradecimentos: Aos redutores de danos, pela
disponibilidade e amorosidade.

RESUMO: O estudo tem-se como objetivo
relatar a experiência de aproximação e
ambientação na produção de dados em pesquisa
fenomenológica junto aos Redutores de Danos,
em um município da região Sul do estado do
Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um
relato de experiência sobre os momentos de
aproximação e ambientação fenomenológica

desenvolvidos por um projeto de pesquisa,
junto aos redutores de danos, no período de
abril e maio de 2017. A experiência evidenciou
que a aproximação e ambientação na pesquisa
fenomenológica possibilita vivenciar o ambiente
onde os profissionais realizam suas ações
cotidianamente. No entanto, pode-se tornar
desafiador ao pesquisador ao se relacionar com
outro grupo social diferente daquele construído
por meio da sua herança social.

PALAVRAS-CHAVE: Redutor de Danos;
Redução de Danos; Fenomenologia; Abuso de
drogas.

ABSTRACT: Has an experience of approximation
and evaluation with Damage Reducers in a
municipality in the southern region of the state
of Rio Grande do Sul, Brazil in the production
of data in phenomenological research. This
is an experience report about the moments
of approximation and phenomenological
environment promoted by the research
project, together with the damage reducers
in the period of April and May of 2017. The
experience showed that the approach and
setting in phenomenological research makes it
possible to experience the environment where
professionals perform their actions on a daily
basis. However, it can become challenging to
the researcher, since it relates to another social
group different from the one built through its

social heritage.

KEYWORDS: Harm Reduction; Harm Reduction; Phenomenology; Drug abuse.

1 | INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas tem se disseminado progressivamente nas últimas décadas, reforçando a necessidade de reforma nas políticas públicas de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas (PERONE, 2014). Os sentidos e os motivos para o início do consumo substâncias psicoativos são diversos, sendo possível estabelecer distintos modos de relação com essas substâncias (VASTERS; PILLON, 2011).

Em outras palavras, nem sempre quem usa ou experimenta algum tipo de droga desenvolve problemas relacionados com a dependência. No entanto, pode ser prejudicial às pessoas quando causam danos à saúde, conflitos familiares, mortes, violência, perdas afetivas, se constituindo como um problema social, com reflexos na saúde pública (SOUZA; KANTORSKI, 2007).

Além de afetar tanto a saúde individual quanto a coletiva, este fenômeno exige uma abordagem aos usuários que agregue prevenção, tratamento, organização de práticas e serviços assistenciais, e ainda, formulação de políticas públicas específicas (BRASIL, 2009). Neste contexto, teve início no ano de 1989 no Brasil, especialmente no município de Santos-SP, a construção de estratégias de saúde pública, a fim de prevenir a disseminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Nessa época, havia altos índices de contaminação associados ao uso compartilhado de seringas pelos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI).

As ações visavam à distribuição de seringas e o aconselhamento aos usuários para que não compartilhassem esse material após o uso. Ainda, eram orientados a higienizá-las e descartá-las de maneira correta (SOUZA; CARVALHO, 2014). Assim, iniciava-se a proposta de Redução de Danos com o objetivo, primeiramente, de reduzir as consequências adversas para a saúde, resultantes do uso de drogas lícitas e ilícitas.

A Redução de Danos está voltada para ações sociais e de saúde, as quais devem preservar a liberdade de decisão do usuário em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2005). Visto que, muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de consumir drogas, entretanto, carecem ter os riscos decorrentes o do seu uso minimizado.

Nesse sentido, Redutor de Danos é visto como um Agente Social, ao qual se caracteriza por ser um “profissional que desempenha atividades com o intuito de garantir a atenção, a defesa e às pessoas em situação de risco pessoal e social” (BRASIL, 2011, p.1). O Redutor de Danos desempenha suas atividades *in loco*, de forma itinerante e contínua junto às pessoas que podem estar ou não em situação de rua (BRASIL, 2011).

O trabalho de campo de Redução de Danos consiste em estratégias sociais

e de saúde. Assim, as ações dos Redutores de Danos dividem-se em distribuição de preservativos, informações quanto ao uso prejudicial de materiais metálicos, compartilhamento de material, qualidade e fragmentação da droga e a importância de estar sempre acompanhado por alguém de confiança em ambientes seguros e salubres ao fazer o uso (TISOTT, 2018).

Além disso, as ações consistem em orientar quanto à alimentação, hidratação, a se proteger do frio, procurar ambientes seguros para dormir, além de evitar dirigir depois de beber. Envolve ainda, cuidar da parte clínica da saúde, incentivar a realização do pré-natal e ao tratamento para Infecções Sexualmente Transmissível (IST). Algumas ações estão pautadas no encaminhamento para a realização de documentos pessoais, bem como o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o incentivo a alguns direitos como a denúncia de violência doméstica, o acesso ao benefício bolsa família e auxílio doença (TISOTT, 2018).

Essas ações fazem parte do cotidiano do Redutor de Danos ao acompanhar as pessoas usuárias de álcool e outras drogas no espaço que costumam estar, frequentar ou em seus domicílios. Diante disso, o objetivo desse artigo é relatar a experiência de aproximação e ambientação junto aos Redutores de Danos, em um município da região Sul do estado do Rio Grande do Sul- Brasil, na produção de dados em pesquisa fenomenológica.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, proveniente do desenvolvimento de uma pesquisa com abordagem fenomenológica intitulada “Motivações da ação do redutor de danos ao cuidar de usuários de álcool e outras drogas”, Aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos sob o Nº 1.967.534.

A fenomenologia permite compreender as vivências intencionais da consciência para perceber como se produz o sentido dos fenômenos no solo da experiência (DARTIGUES, 2013). Ainda, a sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz permite a imersão do conhecimento da realidade social como um mundo social, que é vivenciado por atores sociais e seus semelhantes, capaz de atribuir significados a suas vivências e ações (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Assim, para a produção de dados em pesquisa fenomenológica, a vivência de aproximação e ambientação ocorreu nos meses de abril e maio de 2017, por meio da inserção da pesquisadora no trabalho de campo junto aos Redutores de Danos. Ao total foram acompanhados oito Redutores de Danos. As saídas a campo se dividiam em acompanhar as ações no espaço da rua, com pessoas em situação de rua e usuárias de álcool e outras drogas, e também, por meio de visitas domiciliares. As saídas a campo eram organizadas e planejadas antecipadamente entre os Redutores de Danos. Assim, me deslocava para os diferentes espaços a partir do convite deles.

A inserção em campo ocorreu no período de tempo diurno e noturno. No período

do dia eram organizadas saídas com no máximo três Redutores de Danos para cada território. À noite as idas a campo eram realizadas em grupo, chegando a participar de cinco a oito Redutores de Danos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao mundo-vida, o pesquisador é considerado observador desinteressado do mundo social. Pois, não está envolvido na situação observada, na qual não tem interesse prático naquele ambiente, mas na apreensão cognitiva das vivências. Foi nesse intuito que iniciei a aproximação e ambientação junto aos Redutores de Danos.

Para isso desejou-se compreender cognitivamente a questão a ser estudada, enquanto o homem na atitude natural deseja resolver os seus problemas no mundo social. Ao adotar esta atitude, de observador desinteressado, tentei me desligar da minha própria situação biográfica dentro do mundo social e passei a adotar uma atitude científica, colocando-se em neutralidade, em *epoché*, a qual significa redução de toda e qualquer crença, teoria ou explicações *a priori*. (SCHÜTZ, 2018; 2012).

Para que ocorra a aproximação e ambientação no campo a ser pesquisado, é preciso observar e sentir o ambiente em que se irão compartilhar emoções com o outro (PADOIN; SOUZA, 2008). Para isso, no decorrer da vivência com os Redutores de Danos, o pesquisador se inseriu nos lugares pelos quais eles transitavam a fim de sentir aqueles momentos e compreender o cotidiano dos Redutores de Danos no mundo da vida ao se relacionarem com as pessoas que fazem abuso de álcool e outras drogas.

No decorrer deste período, procurou-se acompanhá-los em todas as suas atividades, como a realização de refeições em locais populares visto que além do contato com alguns Redutores de Danos que frequentavam o local, havia, também, a possibilidade de encontrar as pessoas em situação de rua que ali estavam.

Durante o período, o pesquisador pode conhecer cenas de uso de drogas, acompanhar os Redutores de Danos nos bairros mais retirados e no centro da cidade, bem como na moradia das pessoas que faziam uso de substâncias. Além disso, ouviu-se as histórias pessoais destes profissionais e vivenciei a vida diária como Servidores Públicos, onde por vários momentos, pode-se refletir frente a realidade que vivenciada, tanto do atendimento oferecido às pessoas usuárias de drogas como a vida cotidiana dos Redutores de Danos.

A partir disto, o pesquisador enxergou-se como uma estrangeira ao se aproximar de um grupo social desconhecido. Durante a vida, boa parte do conhecimento recebido é passado por um grupo social, por meio dos pais, professores e de pessoas mais velhas, o que torna a visão do mundo e uma série de tipificações construídas pelos hábitos e costumes. Assim, faz com a pessoa pertença a um grupo social que possui características típicas do comportamento vivido (SCHÜTZ, 2012).

A herança social do pesquisador fazia com que o mesmo enxergasse a maior parte daquelas experiências com estranheza. Nesse sentido, a aproximação e ambientação junto aos Redutores de Danos, se tornou um desafio duplo, por ocorrer um relacionamento com os Redutores de Danos em seu grupo social e também uma aproximação com o mundo social das pessoas as quais eles acompanhavam.

Tornaram-se desafios internos e diários que se intensificavam, principalmente com as idas a campo na parte da noite. Assim despertou, ao longo dos dias, sentimentos de medo, insegurança, e impotência frente a demandas tão complexas.

O estrangeiro torna-se essencialmente aquele que questiona quase tudo o que parece ser inquestionável aos membros do grupo ao qual se aproxima, pois ele não partilha a mesma tradição histórica pela qual esse sistema foi formado. O estrangeiro se aproxima de outro grupo como recém-chegado, pode estar disposto e capacitado para tornar parte do presente e do futuro desse novo grupo, mas continuará excluído das experiências de seu passado (SCHÜTZ, 2012). Apesar de estar junto aos Redutores de Danos e as pessoas as quais eles se relacionam cotidianamente, jamais conseguiria alcançar a plenitude dessa relação, por não ter participado de fatos aos quais viveram juntos no passado.

No entanto, momentos do passado, como histórias compartilhadas de dificuldade, superação e confiança, contribuíram para fortalecer as relações sociais entre eles. O mundo da vida é um mundo intersubjetivo onde acontecem as relações sociais, esse mundo não é privado, é sim comum a todas as pessoas, e é nele que se estabelecem as diferentes relações, que são compartilhadas, vivenciadas e interpretadas pelo sujeito e também por outros semelhantes (SCHÜTZ, 2018).

Nesse sentido, percebe-se que os Redutores de Danos, conhecem a história de vida, da maioria das pessoas que acessam, os chamam pelo nome, acolhem, respeitam as escolhas e o tempo de cada um, além de expressarem empatia e afeto pelo outro. Também, se preocupam com questões relacionada a saúde física e mental das pessoas que acompanham.

Para conseguir trabalhar na lógica de Redução de Danos é necessário reconhecer o usuário por meio de sua história de vida, características, necessidades, estratégias de contato com a pessoa e sua família, mas principalmente com a construção de vínculo (BRASIL, 2004a). A Política Nacional de Humanização (PNH) traz como uma de suas diretrizes o acolhimento e escuta, reforçando o reconhecimento de que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. Nesse contexto, cuidar do outro exige esforço em superar diferenças e zelar para que exista um diálogo harmonioso com o próximo (BRASIL, 2004b).

A interação face a face entre o Redutor de Danos e as pessoas com que acompanham, resulta em uma Relação-do-Nós, pois encontra reciprocidade por parte dos dois ao se referirem intencionalmente, através do vínculo que criaram no decorrer de sua relação social. Assim, a Relação-do-Nós é expressa na percepção mútua com seu semelhante e constitui uma participação simpática na vida do outro, mesmo que

por um período breve (SCHÜTZ, 2012).

Desse modo, observa-se que o Redutor de Danos construiu ao longo do tempo uma relação social mútua e simpática com as pessoas as quais se relacionava cotidianamente em seu trabalho. No entanto, nota-se que essas ações subjetivas do Redutor de Danos, não eram isoladas àquela população, mas algo subjetivo de cada um deles. Pois, durante o período de aproximação e ambientação fui acolhida pelos Redutores de Danos no sentido de desejarem conhecer a minha história de vida, se preocuparem com questões relacionada a minha receptividade na cidade, com a mudança do clima e com os sentimentos que despertaram em mim ao longo desses meses.

Dessa forma, pensamos que para ser um Redutor de Danos é necessário além de uma formação, possuir a essência de se relacionar com as pessoas, no mundo da vida, independente de suas escolhas e, mesmo assim, se colocar em uma atitude de apoio. É construir uma relação recíproca e empática na vida do outro e aceitar o tempo e a subjetividade de cada grupo social.

Acreditamos que, tanto o Redutor de Danos, como o pesquisador fenomenológico, por vezes não conseguirá se desligar de sua situação biográfica dentro um grupo social. Mas é possível adotar uma posição recíproca, empática e respeitosa com as pessoas ao se relacionar no mundo da vida.

CONCLUSÕES

No decorrer deste estudo foi possível relatar o período de aproximação e ambientação junto aos Redutores de Danos, na produção de dados em pesquisa fenomenológica. Desse modo, a aproximação e ambientação fenomenológica junto aos Redutores de Danos se torna importante para a pesquisadora fenomenológica, pois permite vivenciar o ambiente onde esses profissionais realizam suas ações cotidianamente.

No entanto, a aproximação e ambientação, pode se tornar um desafio pessoal devido aos sentimentos gerados como: medo, insegurança e impotência. Pelo fato de se relacionar com outro grupo social diferente daquele grupo construído através da herança social de quem vivencia.

Ao acompanhar os Redutores de Danos e ao compreender que o mundo da vida, não é um mundo privado e sim comum a todas as pessoas que estabelecem diferentes relações, as quais podem ser compartilhadas. Faz-se entender por meio da aproximação e ambientação fenomenológica, que o Redutor de Danos age de maneira subjetiva e acolhedora em relação às pessoas com as quais se relaciona independente de seu grupo social.

Assim, por meio desse estudo, acredita-se que tanto o Redutor de Danos como o pesquisador fenomenológico, por vezes não conseguirão se desligar totalmente de sua situação biográfica dentro um grupo social, mas é possível tornar o mundo das

relações sociais recíproca, empática e respeitosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.2004a

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS**. Brasília, 2004b

_____. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: set 2018.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>. Acesso em: set 2018.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília (DF): SENAD; 2009.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 393-400, 2009.

DARTIGUES, A. **O Que é a Fenomenologia?** 2ª ed. São Paulo: Centauro, 2013.

PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, 17(3):510-8, 2008.

PERONE, P. A. K.. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2), 2014.

SCHÜTZ A. **A construção significativa do mundo social: uma introdução a sociologia compreensiva**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2018.

SCHÜTZ A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, 3(2), 01-18, 2007.

SOUZA, T. P.; CARVALHO, S. R. Apoio territorial e equipe multireferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 18(Suppl. 1), 945-956, 2014.

TISOTT, Z.T. **Cuidado de pessoas usuárias de drogas: estudo fenomenológico na perspectiva do redutor de danos** [dissertação]. Rio Grande do Sul (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2018.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C.. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, 2011.

TRAJETÓRIA DE TRATAMENTO PARA ADIÇÃO NA REDE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS

Cíntia Nasi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Escola de Enfermagem, Departamento de
Assistência e Orientação Profissional, Porto
Alegre – Rio Grande do Sul

Mitieli Vizcaychipi Disconzi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre
- Rio Grande do Sul

Annie Jeanninne Bisso Lacchini

Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre, Departamento de Enfermagem,
Porto Alegre - Rio Grande do Sul

RESUMO: Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu-se como um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde, bem como, para a realização de ações para a prevenção e tratamento dos usuários com Transtornos por Uso de Substâncias Psicoativas. O objetivo do estudo é analisar a trajetória de tratamento para adição na rede de serviços de saúde de Porto Alegre, a partir dos usuários de um Serviço de Adição. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. O estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação em Adição e Ambulatório de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

(HCPA). Participaram do estudo 20 usuários de substâncias psicoativas. A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2017, por meio de entrevista semiestruturada e após realizada análise de conteúdo. A pesquisa respeitou os preceitos éticos e foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa. No estudo foi construída a trajetória de tratamento dos participantes, bem como o entendimento que os usuários possuem sobre os serviços utilizados para tratamento das substâncias psicoativas. Espera-se contribuir através dos serviços de Adição e grupos de apoio, com o acesso e a continuidade de tratamento dos usuários, afim de ajuda-los a identificar qual o melhor fluxo de busca de ajuda para suas necessidades de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Usuários de Drogas; Saúde Mental; Serviços de Saúde.

ABSTRACT: In the last decades, the growth of drug abuse has become a serious problem that requires integrality in the actions of public policies to minimize the consequences of possible health problems, as well as to carry out actions for the prevention and treatment of users with Psychoactive Substance Use Disorders. The objective of the study is to analyze the treatment trajectory for addition in the network of health services of Porto Alegre, from the users

of an Addiction Service. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. The study was developed at the Unit of Addition of the Álvaro Alvim Unit of the Hospital of Clinics of Porto Alegre (HCPA). Twenty users of psychoactive substances participated in the study. Data collection was carried out from March to September 2017, through semi-structured interview and after content analysis. The research respected the ethical precepts and was approved in Ethics Committee in Research. In the study the participants 'treatment trajectory was constructed, as well as the users' understanding of the services used to treat psychoactive substances. It is hoped to contribute through Addition services and support groups, with the access and continuity of treatment of the users, in order to help them identify the best flow of the search for help for their health needs.

KEYWORDS: Substance-Related Disorders; Drug Users; Mental Health; Health Services.

INTRODUÇÃO

A problemática do consumo de drogas no país vem crescendo, tendo em vista que muitos fatores relacionados a problemas sociais, psicológicos e biológicos podem desencadear o abuso das drogas e a dependência química. Geralmente, os sintomas da adição são bem parecidos, independentemente do tipo de substância que se utiliza, havendo uma variedade em relação ao estágio em que se encontra a dependência (BALLONE, 2010).

As substâncias psicoativas (SPAs) lícitas são aquelas legalizadas e aceitas por uma sociedade, como o cigarro e o álcool, porém o consumo excessivo dessas substâncias, mesmo sendo socialmente aceito, traz prejuízos à saúde e pode ser caracterizada como porta de entrada para o consumo de substâncias ilícitas, como, por exemplo, crack, maconha e heroína (BESSA, 2010). Quando a utilização dessas substâncias se dá de forma abusiva e repetitiva, sem que haja um controle do consumo, frequentemente instala-se a dependência química (CRAUSS; ABAID, 2012).

Nos últimos anos, observou-se um crescimento no cenário epidemiológico referente ao consumo de SPAs lícitas e ilícitas. O relatório de 2014 do Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes (UNODOC) estima que cerca de 230 milhões de pessoas, ou seja, 5,2% da população adulta mundial consumiu alguma droga ilícita, ao menos uma vez, no ano de 2010. São cerca de 27 milhões consumidores de SPAs, o que representa 0,6% da população adulta mundial. No ano de 2012, aproximadamente, 242 milhões de pessoas, cerca de 5,2 % da população mundial, entre 15 e 64 anos, fez uso de pelo menos uma substância psicoativa. A maconha foi a mais utilizada, seguidos por opióides, cocaína e sintéticos. As mortes relacionadas ao uso de SPAs foram estimadas em 182 mil no ano de 2012 (UNODOC, 2014).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD - 2012, destaca que em 2006, cerca de 13% dos brasileiros tinham experimentado bebidas alcóolicas com

menos de 15 anos. No entanto, em 2012, foram cerca de 22% que relataram terem experimentado com menos de 15 anos. Houve, também, um aumento em relação ao beber em *binge* (beber cinco doses ou mais para homens e quatro doses ou mais para mulheres), em 2006, 45% dos não abstinentes declararam ter bebido em *binge*, alguma vez, nos últimos 12 meses, já em 2012 este percentual subiu para 58% (LARANJEIRA, 2012).

Em relação a fumantes o LENAD - 2012 aponta que a prevalência de fumantes entre brasileiros adultos diminuiu 3,9 pontos percentuais em relação a 2006, ano em que 20,8% do total de brasileiros se declararam fumantes. Dentre as substâncias ilícitas, a maconha é a mais consumida no mundo, tendo sido utilizada pelo menos uma vez na vida por cerca de 7,8 milhões de brasileiros adultos, sendo que 2,5%, cerca de 3 milhões de adultos, e 3,4%, aproximadamente 478 mil adolescentes, já utilizaram maconha nos últimos 12 meses. Ainda, segundo este estudo, 0,7%, ou seja, 800 mil brasileiros já utilizaram *crack* nos últimos 12 meses, no entanto, destaca – se que o levantamento foi realizado em domicílios, portanto não foram entrevistados moradores de rua (LARANJEIRA, 2012).

Esses dados subsidiam o desenvolvimento de políticas para o controle das SPAs na população em geral, sobretudo para grupos com maior vulnerabilidade. A identificação dos fatores determinantes é fundamental para o planejamento de ações de prevenção.

As consequências sociais e econômicas do abuso e da adição ao álcool, tabaco e outras substâncias, associados a comorbidades psiquiátricas alcançaram tamanha magnitude que na última década se investiu, tanto na esfera pública quanto privada, na prevenção e no tratamento do Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas (TUS) (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Por isso, surge uma preocupação, cada vez maior, com a complexidade dos tratamentos necessários diante do fato da associação frequente com as comorbidades psiquiátricas. Assim, busca-se responder a seguinte questão de pesquisa: qual a trajetória de tratamento para adição na rede de serviços de saúde de Porto Alegre percorrida por usuários do ambulatório e da internação do Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA? O objetivo do estudo é analisar a trajetória de tratamento para adição na rede de serviços de saúde de Porto Alegre, a partir dos usuários da unidade de internação e do ambulatório de adição do Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória, buscando descrever a trajetória de tratamento dos usuários da unidade de adição e do

ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim (UAA) do HCPA.

Conforme Minayo, a pesquisa qualitativa “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. A função deste tipo de abordagem é trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, informações estas que não podem ser quantificáveis (MINAYO, 2010).

As pesquisas exploratórias têm a finalidade de possibilitar conhecimento do problema, com vistas a torná-lo mais compreensível tendo como objetivo a construção de hipóteses. Já as pesquisas descritivas têm como objetivo descrever características de determinada população (MINAYO, 2010). Portanto, essa pesquisa buscou, a partir das falas dos participantes os significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes acerca das suas experiências envolvidas na adição.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na unidade de internação de adição e no ambulatório de adição do Serviço de Adição da UAA do HCPA, localizado na cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, no período de março de 2017 a setembro de 2017.

A unidade de internação em adição do Serviço de Adição oferece tratamento para pacientes masculinos, usuários de SPAs. A unidade possui 22 leitos, sendo 20 leitos públicos e dois leitos privados.

O Serviço de Adição conta com uma equipe multidisciplinar, possui médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, terapeuta ocupacional, nutricionista e atendentes de nutrição, funcionárias da higienização e consultora em dependência química (enfermeira). A equipe de enfermagem é formada por 11 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e um professor da Escola de Enfermagem da UFRGS da área de saúde mental. As suas ações são centradas na tecnologia do cuidado fundamentado na integralidade da atenção em saúde por meio de programas interdisciplinares, direcionando as práticas assistenciais de ensino e pesquisa no desenvolvimento da promoção de saúde, avaliando o impacto do uso de drogas e das comorbidades nas dimensões biológica, psicológica e sociocultural (HCPA, 2012).

Participantes do estudo

Participaram do estudo 20 usuários de SPAs, sendo que oito estavam em acompanhamento no ambulatório de Adição e 12 estavam na internação da Unidade de Adição do Serviço de Adição da UAA do HCPA. A escolha dos participantes na unidade de internação foi realizada de forma intencional, onde o encerramento deu-se pela redundância das informações. No ambulatório foi solicitada a indicação dos

pacientes à equipe assistencial, a partir dos critérios de inclusão.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: a) Usuários em tratamento para dependência química que estavam internados na Unidade de Adição; b) Usuários vinculados ao ambulatório de adição pelo menos há um mês; c) Idade de 18 anos ou mais; d) Possuir condições de comunicação verbal. Teve-se como critérios de exclusão: a) Usuários desorientados; b) Apresentar riscos para si ou para a equipe assistencial; c) Estar intoxicado no momento da entrevista.

O número de participantes foi definido no decorrer das entrevistas, a partir da técnica de saturação dos dados. A técnica de amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada em diferentes áreas no campo da Saúde, sendo utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELA). Os mesmos autores salientam que nessa técnica, o fechamento amostral é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada por meio de um roteiro que foi organizado em duas partes: na primeira, foram coletados os dados de identificação dos participantes, idade, situação conjugal, crença, ocupação, substâncias psicoativas utilizadas, número de filhos, suporte/apoio, doença clínica/psiquiátrica, história familiar de uso/psiquiátrica. Na segunda parte, apresentam-se as seguintes questões norteadoras: quais as experiências com uso das substâncias psicoativas; que motivos que levaram ao tratamento; qual a trajetória de tratamento e benefícios de tratamento (dificuldades e sugestões de melhoria dos tratamentos).

As entrevistas foram realizadas nos consultórios da unidade de internação e do ambulatório conforme a disponibilidade dos participantes e foram gravadas em gravador digital. As entrevistas foram conduzidas por uma pesquisadora, sendo realizada uma entrevista piloto para testar a aplicação do roteiro de entrevista, no entanto, não houveram alterações. Houveram perdas em duas entrevistas (problemas no gravador digital), e também, de dois participantes por não comparecerem às entrevistas no horário combinado.

Análise dos dados

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática, sistematizada por Minayo, cujos passos fazem com que as falas sejam separadas por categorias, analisadas e elencadas de acordo com as entrevistas. Constitui-se em três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final (FONTANELLA, RICAS, TURATO; 2008).

Na ordenação dos dados, foram realizadas as transcrições das 20 entrevistas gravadas, o tempo médio de cada entrevista foi de 15 a 25 minutos. Após transcritas, foi feita a leitura do material e organização dos relatos e dos dados de observação. Já, na classificação dos dados, foi realizada a releitura das transcrições/relatos, destacando o que foi relevante no texto para elaboração das categorias. Foram elaboradas quatro categorias empíricas do estudo. O último passo foi à análise final, onde foi estabelecida uma articulação entre os dados encontrados com o referencial teórico da pesquisa e os objetivos da pesquisa.

Aspectos éticos

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, respeitando os preceitos éticos, previstos na Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde (FONTANELLA, RICAS, TURATO; 2008).

. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual constavam explicações sobre o objetivo da pesquisa, garantindo sigilo das informações fornecidas, anonimato dos participantes e a liberdade para desistir do estudo a qualquer momento. Esse termo foi assinado em duas vias, sendo entregue uma para o participante e outra para o pesquisador.

O projeto foi encaminhado à plataforma *WEB* do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA (WEB GPPG) e submetido, à Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA) – instituição proponente e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP/UFCSPA) - instituição coparticipante. O estudo poderia implicar em riscos mínimos para o usuário decorrentes de possível constrangimento em responder as perguntas da entrevista, ou necessitar o atendimento de sua equipe, tendo em vista os temas que foram abordados, desta maneira foi assegurado ao entrevistado possibilidade de interrupção da entrevista, e de apoio da equipe assistencial.

Para a garantia da manutenção do anonimato dos participantes os nomes foram codificados pela letra E (Entrevista), letra maiúscula seguida de números arábicos sequenciais (1,2,3,4.....) conforme a ordem da realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo constituíram-se de 20 sujeitos, homens, usuários de SPAs (lícitas e ilícitas), sendo que 12 usuários estavam internados na Unidade de Adição e oito usuários em acompanhamento no ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA.

A idade dos participantes variou entre 40 anos a 65 anos, em relação a situação conjugal os solteiros predominaram, seguido de divorciados. Quanto às crenças, destaca-se a religião católica, seguida da espírita e não possuir religião. A ocupação,

identifica-se o trabalho na construção Civil, seguida de motorista, autônomo, técnico em chaves, reciclagem, serralheiro, atendente, agricultura, administrador, marceneiro, ajudante de carga, garçom, comerciante e professor.

Considerando a substância psicoativa lícita e ilícita utilizadas pelos usuários, observa-se que o consumo se inicia pelo álcool, sendo esta, utilizada por todos os participantes da pesquisa, acredita-se que seja devido ser uma substância lícita, de fácil acesso, seguida pelo tabaco. Como substâncias ilícitas, a maconha foi a mais apontada, após foi o uso da cocaína aspirada. Também, foram utilizadas as seguintes substâncias psicoativas: *crack*, anfetaminas, LSD, lança-perfume e chá de cogumelos.

Os participantes da pesquisa percorreram vários serviços de adição no Município de Porto Alegre como também grupos de apoio. Salienta-se que a internação hospitalar foi uma medida de intervenção realizada por todos os participantes da pesquisa, no entanto, observa-se que muitos percorreram vários serviços, como também, os grupos de apoio e quando todos os outros dispositivos da rede extra-hospitalares se esgotaram, os usuários de SPAs procuraram pelas Emergências Psiquiátricas.

Os participantes do estudo foram para Unidade de Adição provenientes das Emergências Psiquiátricas (Pronto Atendimento de Saúde Mental - IAPI e do PACS) e dos CAPS AD do município de Porto Alegre, como também, estavam em acompanhamento no ambulatório de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA.

A seguir, será descrito a trajetória de tratamento de cada participante do estudo, por meio da identificação de mapas do município de Porto Alegre, onde cada entrevistado será identificado por uma legenda.

Conforme mostra a figura 1, o E1 percorreu a Emergência Psiquiátrica do PACS, Hospital Vila Nova, Hospital Parque Belém, grupo de apoio - AA (Igreja São Vicente) e a Unidade de Adição - UAA. O E2 passou pela Emergência Psiquiátrica IAPI, CAPS ADIII (GHC) e grupos de apoio, como o Amor Exigente na Zona Norte (entrevistado não soube informar o nome do grupo) e o AA (Igreja São José) e na Unidade de Adição - UAA. O E3, percorreu os seguintes locais de tratamento: Emergência Psiquiátrica IAPI, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Clínica Pinel, grupo de apoio AA (Igreja São João), Unidade de Adição - UAA, CAPS AD III (IAPI) e o hospital Vila Nova.

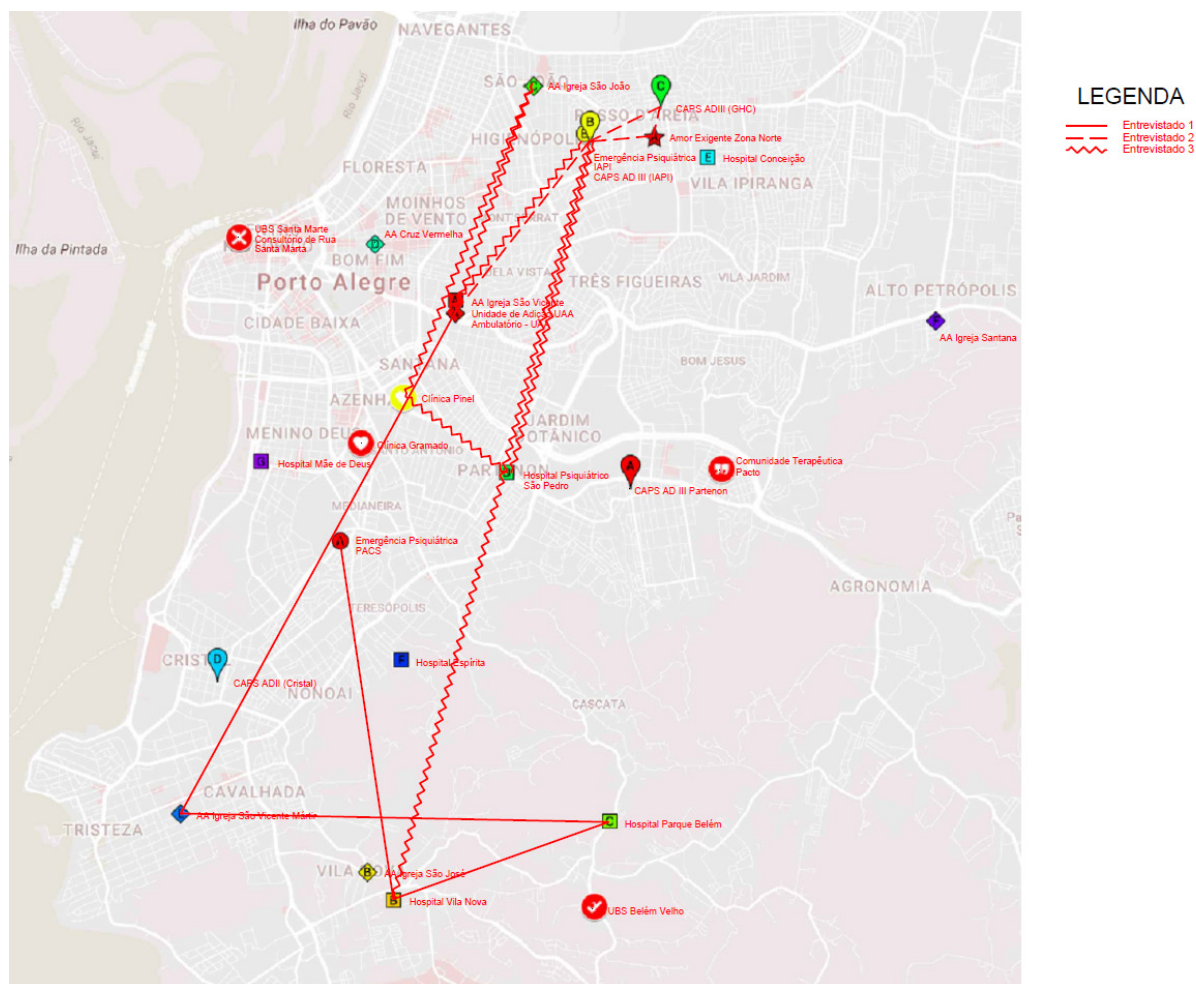


Figura 1 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa

Fonte: Google Maps

Conforme mostra a figura 2, o E4 esteve na Emergência Psiquiátrica PACS, Hospital Parque Belém, Clínica Gramado, grupo de apoio AA (Parque Belém), CAPS AD II (Cristal) e ambulatório de adição. O E5 passou pela Emergência Psiquiátrica PACS, Unidade Básica de Saúde (Belém Velho), tratamento ambulatorial (Eldorado do Sul), Unidade de Adição – UAA e o CAPS AD II (Cristal). O E6 esteve na Emergência Psiquiátrica IAPI, Unidade de Adição – UAA e Comunidade Terapêutica Arroio do Tigre.

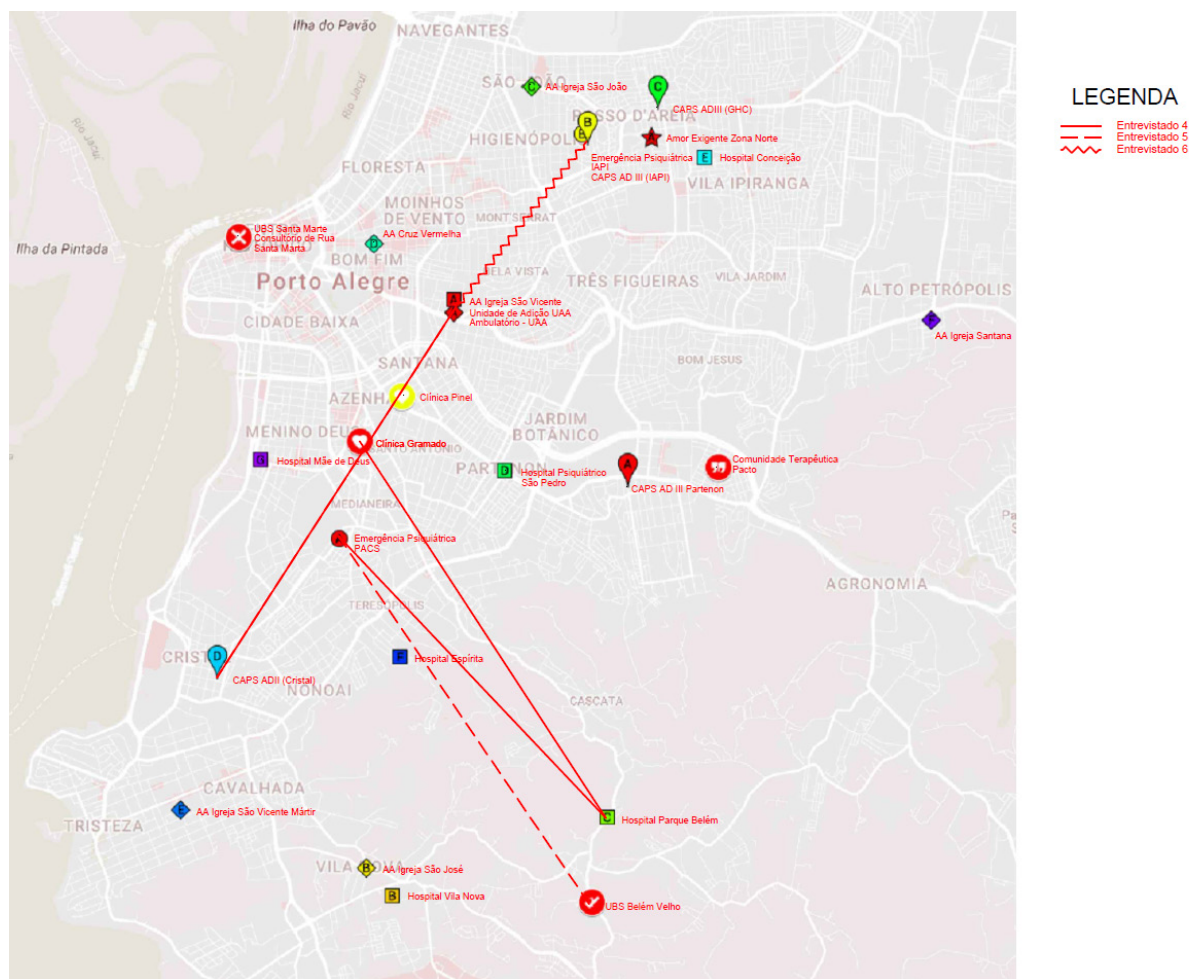


Figura 2 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa

Fonte: Google Maps

Conforme mostra a Figura 3, o E7 esteve nos seguintes serviços e grupos de apoio: CAPS AD III (Partenon), Hospital Vila Nova, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Nossa Senhora da Conceição e a Comunidade Terapêutica PACTO. O E8 esteve na Emergência Psiquiátrica PACS, Hospital Vila Nova, Hospital Espirita de Porto Alegre, Clínica Gramado, grupo de apoio Alcoólicos Anônimos (Gravataí) e no CAPS na cidade de Gravataí. Os serviços percorridos pelo E9 foram os seguintes: Emergência Psiquiátrica IAPI, Hospital Vila Nova, CAPS AD III Partenon e Unidade de Adição - UAA.

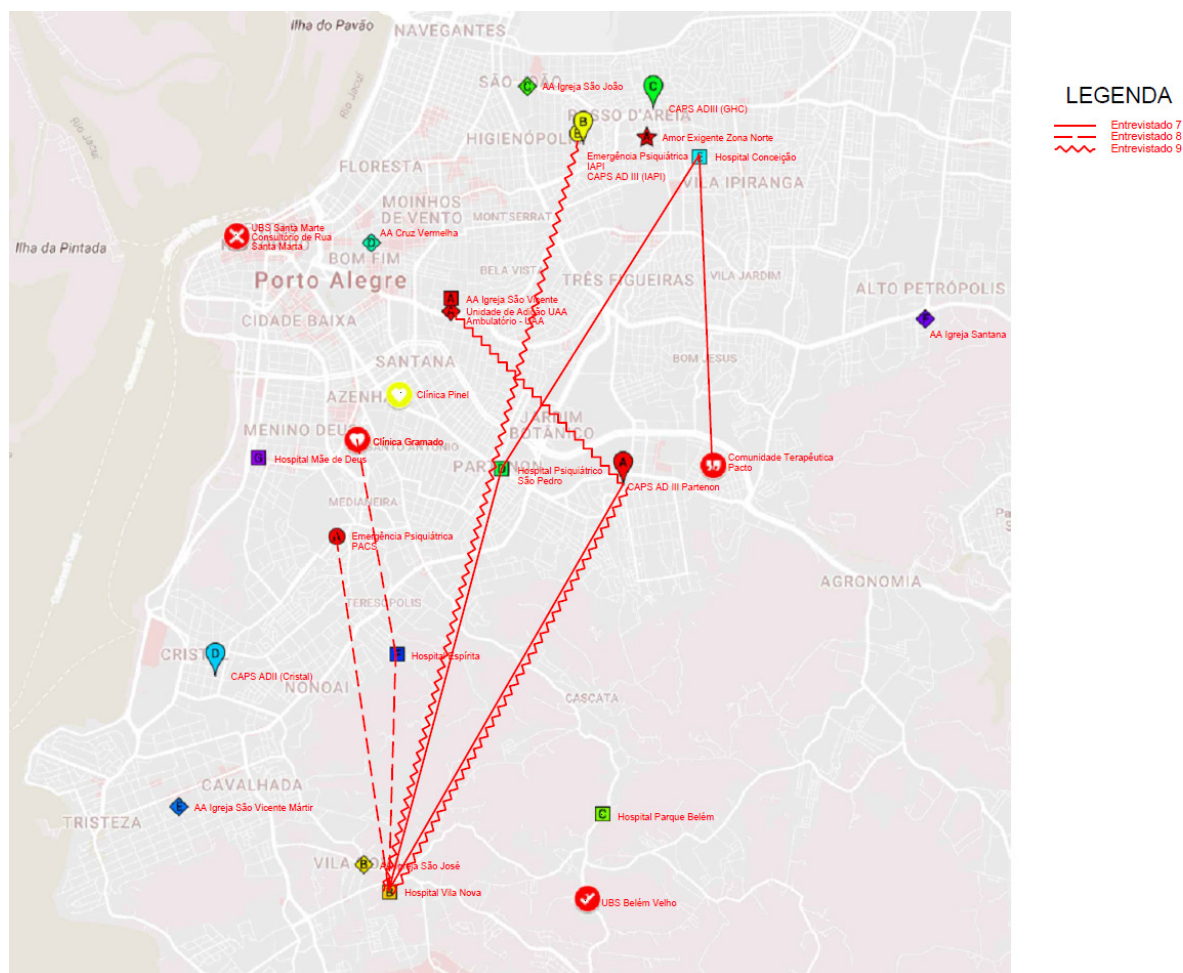


Figura 3 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa

Fonte: Google Maps⁽³³⁾.

Observa-se que na figura 4, o E10 percorreu os seguintes serviços de tratamento, Emergência Psiquiátrica do PACS e a Unidade de Adição - UAA. Já o E11 esteve na Emergência Psiquiátrica do PACS, Unidade de Adição - UAA, clínica Pinel, Hospital de Viamão e no ambulatório de Adição - UAA. O E12 esteve em acompanhamento no ambulatório de Adição - UAA, esteve no Hospital Parque Belém, consultório na rua (Santa Marta), Hospital Vila Nova e a Comunidade Terapêutica Pacto.

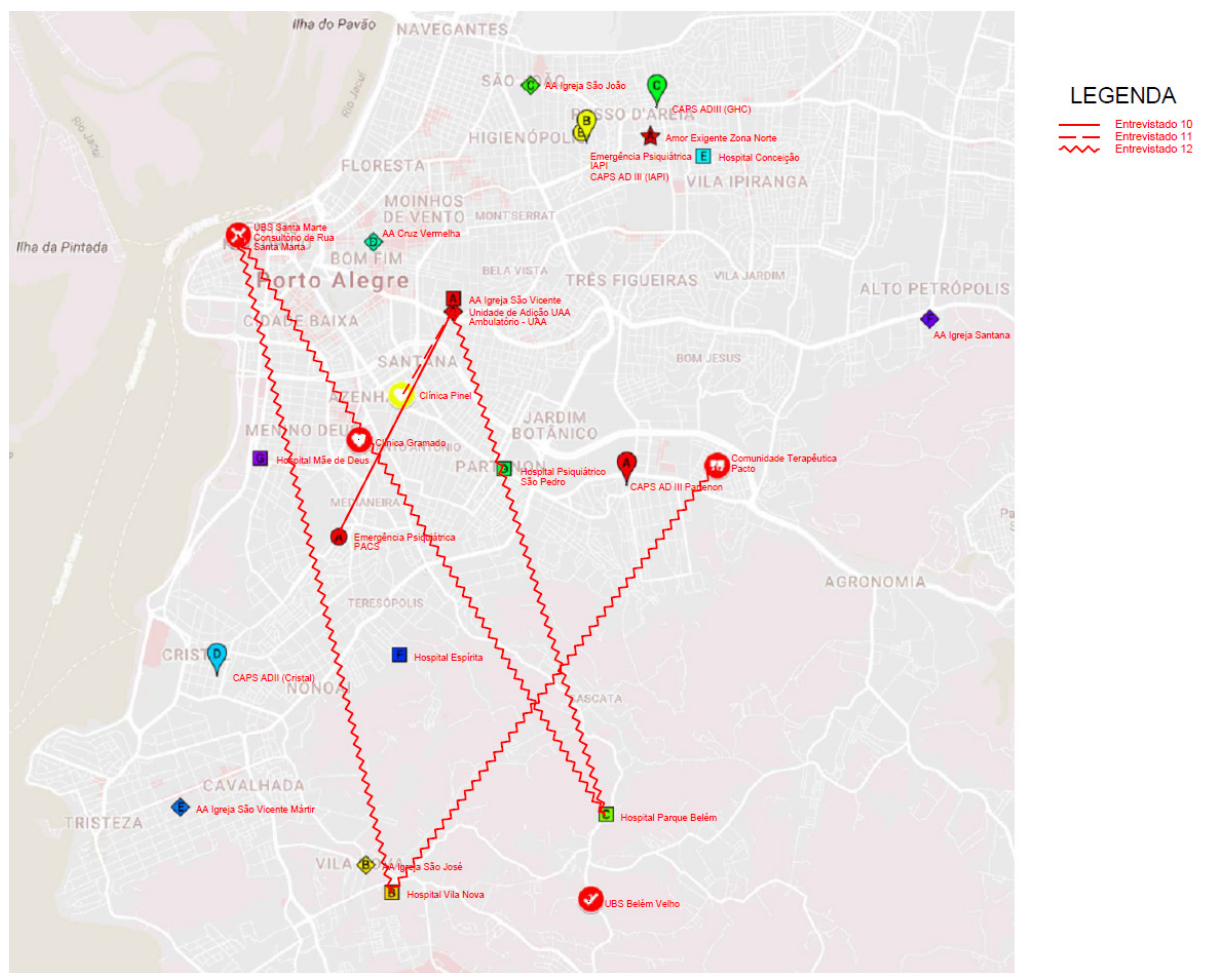


Figura 4 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa

Fonte: Google Maps

Na figura 5, o E13 esteve em acompanhamento no ambulatório de adição - UAA, como também, na Unidade de Adição - UAA, Unidade Básica de Saúde (Santa Marta), Clínica Pinel, Hospital Mãe de Deus e o grupo de apoio AA (Cruz Vermelha). O E14 percorreu os seguintes serviços: acompanhamento no ambulatório de adição - UAA, como também esteve na Unidade de Adição - UAA, Hospital Espírita de Porto Alegre e grupo de apoio AA (entrevistado não soube informar o endereço do local e nem o nome do grupo). Já, o E15 esteve em acompanhamento no ambulatório de adição - UAA, Unidade de Adição - UAA, CAPS AD (não soube informar o nome e nem o endereço) e no grupo de apoio AA na cidade de Alvorada.

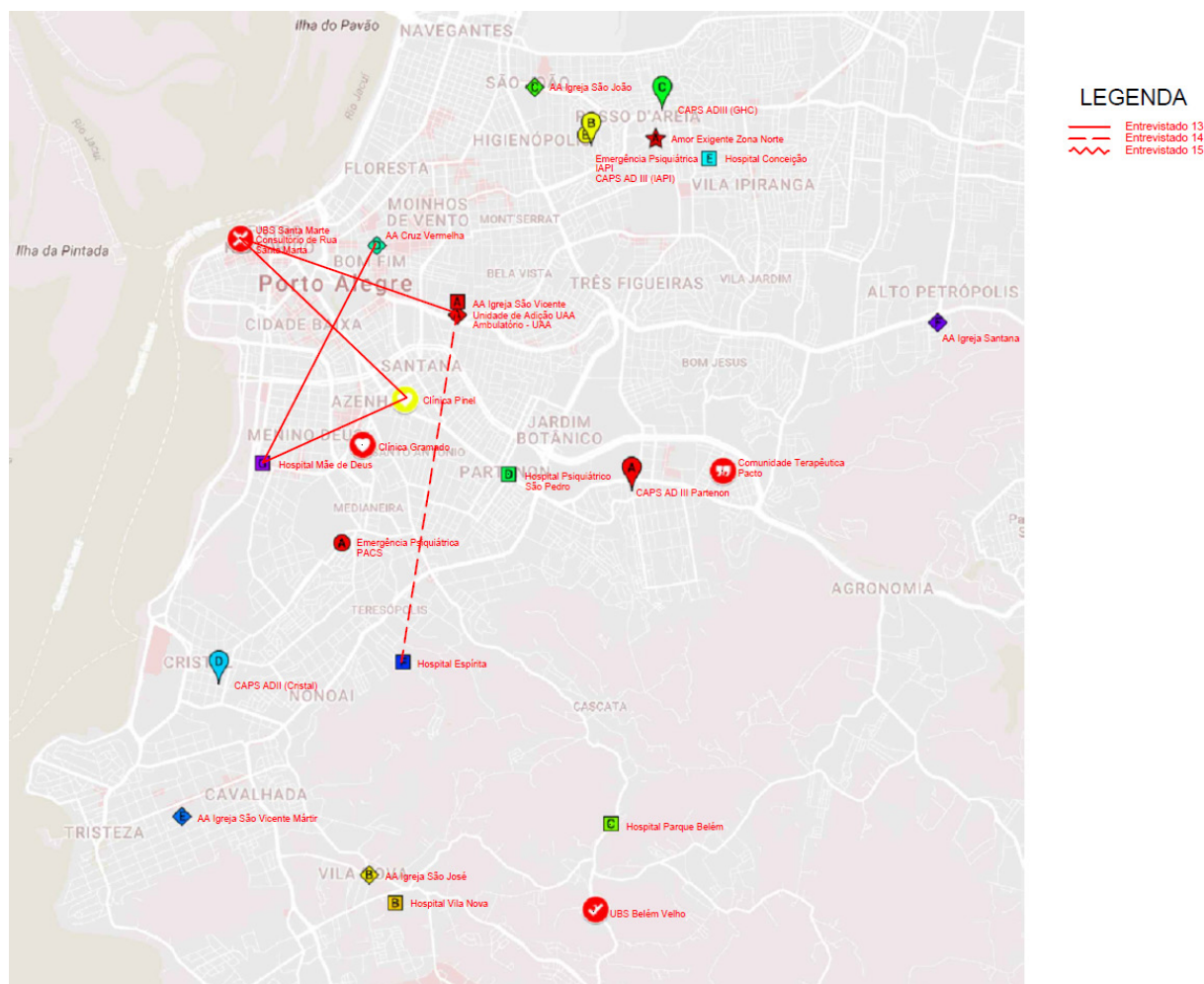


Figura 5 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa

Fonte: Google Maps

Conforme mostra a figura 6, o E16 esteve no ambulatório de adição - UAA, como também na Unidade de Adição - UAA, Hospital Parque Belém e no Hospital Vila Nova. O E17 percorreu os seguintes serviços: Emergência Psiquiátrica IAPI, Unidade de Adição - UAA, grupo de apoio AA (Igreja São João), Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Vila Nova, Hospital Parque Belém e o CAPS AD II (Cristal). Já o E18 esteve no ambulatório de Adição - UAA, Unidade de Adição - UAA e grupo de apoio AA (Cruz Vermelha).

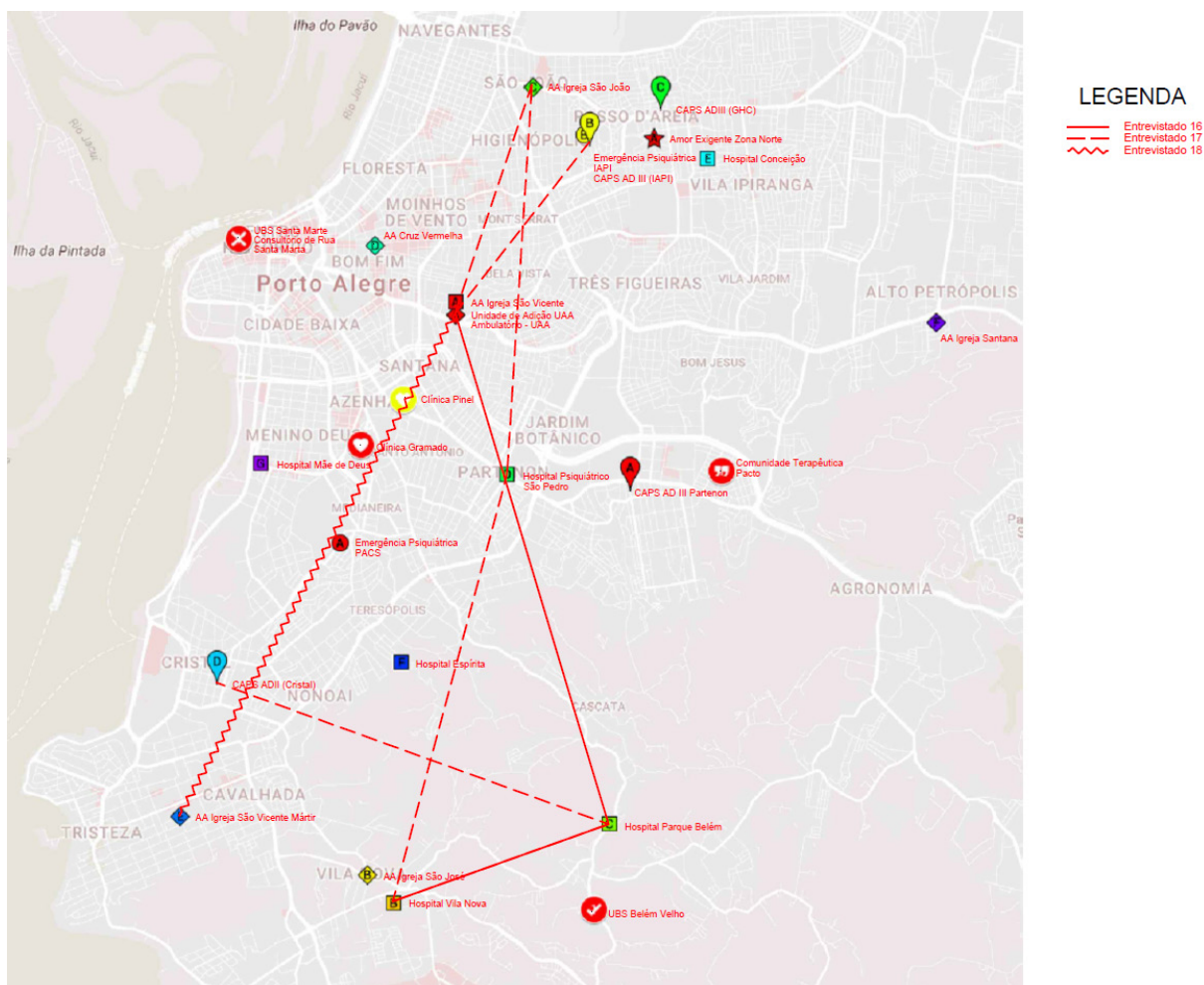


Figura 6 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa

Fonte: Google Maps

Observa-se que na figura 7, o E19 esteve em acompanhamento no ambulatório de adição - UAA, como também na Unidade de Adição - UAA, esteve em três Comunidades Terapêuticas (Cidade de Osório, Tramandaí e Santo Antônio), também no grupo de apoio AA (Cruz Vermelha). Já o E20 esteve em acompanhamento no ambulatório de adição - UAA, na Unidade de Adição - UAA e no grupo de apoio - AA (Santana).



Figura 7 – Mapa dos serviços de adição e grupos de apoio do município de Porto Alegre/RS percorrida pelos usuários da pesquisa

Fonte: Google Maps

De acordo com a apresentação da trajetória dos usuários de SPAs e fazendo uma reflexão sobre o mesmo, podemos observar que os entrevistados percorreram por diferentes modalidades de tratamentos, como: Emergências Psiquiátricas, Unidades de Internação Hospitalar, CAPS, Unidade Básica, consultório na rua, grupos de apoio como o Amor Exigente e os Alcoólicos Anônimos. Dessa forma, entendemos que não existe somente um único serviço para atender essa demanda no território. Existem outros dispositivos presentes, articulando com uma rede de atenção que possibilita aos usuários passar por diversos e diferentes trajetos assistenciais.

Observa-se que alguns participantes da pesquisa percorreram outros locais de tratamento que não fazem parte dos serviços de saúde em adição do município de Porto Alegre, tais como: tratamento ambulatorial na cidade de Eldorado do Sul, CAPS na cidade de Gravataí, Hospital de Viamão, Comunidade Terapêutica (Tramandaí, Osório, Santo Antônio e Arroio do Tigre) e o grupo de apoio AA na cidade de Alvorada e Gravataí. Os serviços como o Hospital Parque Belém e o grupo de apoio AA (Hospital Parque Belém) não fazem mais parte da rede de serviços de adição do município de Porto Alegre.

CONCLUSÕES

O uso de SPAs tem sido alvo de grande preocupação, em vista da epidemiologia atual em várias regiões do Brasil devido aos danos que causa aos usuários, tais como problemas físicos, sociais e psicológicos. Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de SPAs constituiu um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde.

Considera-se relevante analisar a trajetória de tratamento e conhecer o entendimento que os usuários possuem em relação aos serviços, podendo oferecer ao usuário outras opções de tratamento, não restringindo somente as unidades de internação. O que se espera, é uma melhor articulação entre os serviços, ampliando assim uma melhor adesão e outras possibilidades de tratamento.

Com as informações do estudo considerou a importância de uma rede de serviços articulada para dar conta das complexidades do tratamento de substâncias psicoativas, dando-se voz aos protagonistas do tratamento que são os usuários.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. Dependência Química e outras doenças mentais. Porto Alegre, 2010. Disponível em: Acesso em: 5 jul. 2015. BESSA, M. A. Contribuição sobre a legalização de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15. n. 3, p. 632-636, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro 2011. Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas [Internet]. [acesso em 2017 ago 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm.

CRAUSS, R. M. G.; ABAID, J. L. W. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Contextos Clínicos*, v. 5, n. 1, p. 62-72, 2012.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Dependência química - prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS J.;TURATO E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 jan [acesso em 2016 jun 21];24(1):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

LARANEIRA, R., organizador. II Levantamento Nacional de álcool e drogas 2012 (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD) UNIFESP; 2014.

MINAYO, M. C de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

UNITEC NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODOC). World Drug Report 2014. Disponível em: Acesso em: 12 jun. 2016.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Fabiano de Jesus Santos Costa

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Adriana Vilhena Lima

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Polyana Sousa dos Santo

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Francisca Bruna Arruda Aragão

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Wannessa Rhégia Viégas Cunha Duailib

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Fabício e Silva Ferreira

Universidade Federal do Maranhão, HUUFMA.
São Luís-MA

Lívia Carolina Sobrinho Rudakoff

Instituto Federal do Maranhão, Departamento de Nutrição.
Zé Doca-MA

RESUMO: A radiologia é a especialidade médica que utiliza qualquer forma de radiação ionizante, sonora ou magnética, passível de transformação de imagens, para fins diagnósticos ou terapêuticos. Esta pesquisa tem por objetivos demonstrar as condutas e procedimentos do enfermeiro no CDI, salientando apontar a importância de se ter uma assistência eficiente, além de demonstrar o papel do enfermeiro nos exames que utilizam o meio de contraste e descrever a utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva como prevenção dos riscos ocupacionais neste setor. Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa de caráter qualitativo desenvolvido em material já publicado sobre o papel do enfermeiro no centro de diagnóstico por imagem. Observamos então que a atuação de um profissional de enfermagem se faz necessária nos exames radiológicos, seja para orientar paciente, manipular uma via de acesso venoso ou administrar fármacos. O enfermeiro é o responsável por informar ao paciente sobre a realização do exame, fazer anamnese buscando informações relevantes que possam beneficiar no rastreamento de processos alérgicos ou doenças preexistentes. Outro fator ao qual se deve enfatizar são os critérios de segurança na administração do agente de contraste sejam claros e bem definidos e, desta maneira, possam reconhecer pacientes de

risco, prevenindo e tratando reações adversas. Desta forma, o enfermeiro deve estar habilitado a reconhecer, prevenir e atender as possíveis complicações que possam ocorrer, bem como, orientar os usuários e familiares acerca de como se proteger de formas ionizantes durante a realização do exame.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Meios de contraste. Segurança do paciente.

ABSTRACT: Radiology is the medical specialty that uses any form of ionizing radiation, sonorous or magnetic, capable of transforming images, for diagnostic or therapeutic purposes. The aim of this research is to demonstrate the nurse's behavior and procedures in the ICD, stressing the importance of having an efficient care, besides demonstrating the role of the nurse in the exams that use the contrast medium and describing the use of personal protective equipment and collective as prevention of occupational hazards in this sector. This is a bibliographic review of the narrative type of qualitative character developed in material already published on the role of the nurse in the center of diagnostic imaging. We observed that the performance of a nursing professional is necessary in the radiological examinations, either to guide the patient, to manipulate a venous access route or to administer drugs. The nurse is responsible for informing the patient about the accomplishment of the examination, doing anamnesis searching for relevant information that may benefit in the screening of allergic processes or preexisting diseases. Another factor to emphasize is that the safety criteria in the administration of the contrast agent are clear and well defined and, in this way, can recognize patients at risk, preventing and treating adverse reactions. In this way, the nurse must be able to recognize, prevent and attend to possible complications that may occur, as well as guide users and their families about how to protect themselves from ionizing during the test.

KEYWORDS: Nursing. Means of contrast. Patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

A revolução industrial, ocorrida no século XVIII, beneficiou não só as indústrias manufatureiras, mas, também, todas as diversas áreas incluindo a da saúde, que vislumbrou o desenvolvimento de máquinas e equipamentos que substituíram o trabalho bruto do homem. Em 1895, Roentgen descobriu, em um experimento a radiação X, onde se deu início ao que podemos relatar como advento do diagnóstico por imagem (DI). Devido ao ocorrido, a radiação X tem sido utilizada em grande escala na área da saúde com fins diagnósticos e até mesmo terapêuticos (PATRÍCIO, 2010).

No setor saúde a formação dos profissionais deve ser contínua e seguindo sempre as atualizações tecnológicas e metodológicas, dando enfoque na assistência prestada aos usuários do serviço. Na enfermagem não é diferente, o trabalho realizado pelos enfermeiros é bastante diversificado, com o objetivo de ampliar seus conhecimentos, especializando-se dentro de determinado setor. O presente estudo sintetiza a necessidade de discussão sobre os conhecimentos relacionados a atuação

do enfermeiro no centro de diagnóstico por imagem (CDI), uma vez que há escassez de profissionais nesta área, além de poucos estudos relacionados a esta temática.

O interesse em pesquisar sobre esse tema surgiu a partir da percepção de apresentar ao profissional de enfermagem a dimensão de sua importância no CDI, detalhando como o enfermeiro deve proceder nos exames de alta complexidade, prestando a melhor assistência ao paciente, levando em consideração as particularidades de cada procedimento. Desta maneira surge o seguinte questionamento: Qual o papel da enfermagem e os cuidados necessários com os pacientes no centro de diagnóstico por imagem?

Esta pesquisa tem o intuito de demonstrar as condutas e procedimentos do enfermeiro no CDI, salientando apontar a importância de se ter uma assistência eficiente, além de demonstrar o papel do enfermeiro nos exames que utilizam o meio de contraste e descrever a utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva como prevenção dos riscos ocupacionais neste setor.

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa de caráter qualitativo desenvolvido em material já publicado sobre o papel do enfermeiro no centro de diagnóstico por imagem. A busca online foi realizada nas seguintes bases eletrônicas: Literatura Latino americana e do Caribe de Informação em Ciência da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Para operacionalizar a busca, utilizaram-se os descritores: “enfermagem”, “meios de contraste” e “segurança do paciente”. A seleção dos artigos foi realizada entre Julho de 2017 a Fevereiro de 2018, dentre os quais foram selecionados 50 artigos científicos e, através da leitura de seus títulos, selecionamos os que mais se aproximaram do tema “o papel do enfermeiro no centro de diagnóstico por imagem”. Após a leitura de seus resumos na íntegra, foram eleitos 44 artigos por atenderem todos os critérios propostos na pesquisa.

2 | A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CDI

A radiologia é a especialidade médica que utiliza qualquer forma de radiação ionizante, sonora ou magnética, passível de transformação de imagens, para fins diagnósticos ou terapêuticos. Dentre as principais modalidades de diagnóstico-terapêuticas utilizadas no CDI, podemos citar: Ultrassonografia (USG), Ressonância Magnética (RM), Tomografia Computadorizada (TC), Mamografia, Densitometria Óssea (DO), Radiologia Convencional (RX), Medicina Nuclear e Radioterapia (KOCK, 1997).

De acordo com FLOR E GELBCKE (2009), “o trabalho em serviço de radiodiagnóstico necessita de uma equipe multiprofissional, pois envolve múltiplos saberes. Esta equipe é composta geralmente de um médico radiologista, radiofarmacêutico, físico, enfermeiro, técnico de radiologia e enfermagem”.

A Enfermagem é uma profissão que possui um amplo contingente de

profissionais que atuam em diversas áreas da saúde desenvolvendo as mais variadas funções. Desta forma, é necessário que haja enfermeiros especializados na área de radiodiagnóstico com o intuito de suprir a necessidade determinada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 347/2009 que normatiza a presença indispensável de um enfermeiro responsável no local (COFEN, 2009).

2.1 Dimensionamento da Equipe de Enfermagem

Em tempos difíceis, a tendência em prol da redução de custos e aumento da produtividade são fenômenos mundiais, e estão exigindo dos profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde, o uso de medidas que visem a realidade financeira atual. Para isso, é importante realizar ações contínuas de avaliações de quantitativo e qualitativo dos profissionais de enfermagem nas organizações de saúde, onde estão alocados esses recursos e onde se desenvolve o processo assistencial (NICOLA, 2005).

A equipe de Enfermagem é composta de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. No departamento de imagem, há a presença de um enfermeiro responsável pela coordenação de todas as equipes, que orientam e supervisionam a assistência prestada. Destaca-se a grande demanda de funcionários nesse setor, visando sempre à qualidade do serviço prestado e a segurança do paciente. Segundo Hall (2004), quanto menor o número de enfermeiros, maior a incidência de erros de medicação e procedimentos, o que implica também em custos hospitalares que serão causados tanto pela internação quanto pelo tratamento das complicações.

O dimensionamento adequado dos profissionais de enfermagem está intimamente relacionado à segurança do paciente e dos trabalhadores. Na ausência dos quantitativos e qualitativos necessários ao provimento da segurança ao paciente, não será possível protegê-los (PEDREIRA, 2009).

Em uma pesquisa recente realizada pela Secretaria do Estado de São Paulo (2006), verificou-se a escassez de estudos que relatem o dimensionamento de pessoal de enfermagem na área de radiologia. De acordo com este estudo, ficou evidente a obrigatoriedade de pelo menos dois técnicos de enfermagem para três salas de diagnóstico por imagem, ou seja, nos setores de raios-X, ultrassonografia, mamografia e tomografia computadorizada, necessitando de mais um, se a sala for de alta densidade tecnológica. Continuando nesta premissa, propôs-se verificar o tipo de atendimento de enfermagem demandado em cada uma das unidades, enfatizando a criação de instrumentos capazes de mensurar e inferir as horas assistenciais necessárias por categoria profissional quantificando-as até o surgimento do índice de segurança técnica.

A maior dificuldade encontrada na operacionalização do dimensionamento do pessoal de enfermagem está relacionada à identificação de tempo despendido para o atendimento das necessidades dos pacientes, ou seja, o tempo médio de assistência

de enfermagem por cliente por vezes é um fator determinante que intervêm na diferenciação de uma instituição para outra (GAIDZINSKI, FUGULIN E CATILHO, 2005).

2.2 O Enfermeiro na Radiologia

A enfermagem é uma profissão comprometida em zelar pela segurança e bem estar do paciente e está presente em todas as fases da vida. Consequentemente, isso exige treinamentos e preparo constantes por parte da equipe, a fim de realizar eficientemente atividades peculiares, como orientação e preparo do paciente para a realização dos procedimentos radiológicos (FLÔR E GELBCKE, 2009).

De acordo com Marinho (2010), “no centro de diagnóstico por imagem, a necessidade de uma assistência de enfermagem especializada que acompanhe os importantes avanços científicos e tecnológicos é inquestionável”.

De uma visão globalizada, diferenciar uma instituição pela qualidade prestada a seus pacientes significa ter como objetivo uma estrutura hospitalar dentro dos padrões recomendados no que se refere à biossegurança. Partindo dessa premissa, Santos (2010), relata que:

Para garantir uma assistência qualificada deve-se estar constantemente atualizados não só tecnologicamente, mas no recrutamento dos recursos humanos, garantindo uma gestão sistematizada, focada nos procedimentos, dentro de uma estrutura físico-funcional adequada à realidade do processo de cuidar, que resultem na segurança não só de pacientes, mas de todo o corpo clínico institucional.

A competência do enfermeiro no setor de radiologia, radioterapia e medicina nuclear está estabelecida na Resolução do COFEN nº 211/98 onde se destaca as funções de planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de Enfermagem, baseados numa metodologia assistencial eficiente; participar de programas de garantia de qualidade; proporcionar condições favoráveis à educação continuada desses profissionais através de cursos e estágios; registrar informações e dados estatísticos da equipe visando a eficácia técnica em situações de rotina e/ou emergência, a fim de evitar ocorrências que desencadeie algum dano físico ou material (COFEN, 1998).

Os profissionais de Enfermagem que atuam em serviços de radiologia e diagnóstico por imagem devem conhecer os benefícios, mas também os riscos de exposição à radiação ionizante, e dessa maneira, se proteger da exposição desnecessária. (SANTOS, 2010).

Tal situação é bastante compreensível, uma vez que o enfoque é o bem estar do paciente submetido ao procedimento radiológico. Dessa forma, a enfermagem objetiva preparar física e emocionalmente, além de prestar cuidados antes, durante e após a realização do exame. Quando se discorre sobre o preparo físico, as medidas adotadas geralmente não são padronizadas e variam de um exame para outro ou

de uma instituição para outra, de acordo com suas peculiaridades, porém o que se recomenda é que haja condições satisfatórias à realização do procedimento (FLÔR E GELBCKE, 2009).

É perceptível que a atuação de um profissional de enfermagem se faz necessária nos exames radiológicos, seja para orientar paciente, manipular uma via de acesso venoso ou administrar fármacos. A enfermagem é muito importante, devido a estar apta a realizar procedimentos específicos que requerem conhecimento aguçado da técnica desenvolvida para segurança e bem estar do paciente (FAUSTO, 2010).

Na área de radiodiagnóstico, é necessário que os procedimentos sejam realizados de forma otimizada garantindo que as imagens obtidas tenham as informações anatômicas necessárias para o diagnóstico. Desta forma, a assistência prestada aos clientes deve ter por base a qualidade aliada à tecnologia. Baseando-se no referencial teórico de Merhy (1997), ficou evidente que:

- A tecnologia em saúde contém a tecnologia pesada, que é representada por equipamentos/máquinas; a leve-pesada, que remete aos saberes estruturado; e a leve, que se refere à abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um paciente, ao processo de relações que envolvem a tecnologia de relações, encontros de subjetividades, produção de vínculo e acolhimento.
- A capacitação da equipe nos eixos tecnológicos se faz necessária, uma vez que estes se integram e interagem permanentemente no ambiente de trabalho. Devido a essa inter-relação, o investimento em capital humano pelas instituições tem como objetivo qualificar a assistência, atendendo não só suas carências, como às de seus pacientes, internos e externos, proporcionando um bem-estar e melhorando a autoestima dos funcionários que compõem o quadro funcional da instituição (COELHO E MAEDA, 2006).

A Enfermagem preza em seus moldes um planejamento organizacional visando à relação harmoniosa entre o qualitativo e quantitativo de profissionais necessários a uma assistência eficiente. À vista disso, o enfermeiro deve estar habilitado para reconhecer, prevenir e atender as possíveis complicações realizadas ao exame, orientando usuários e familiares de como proteger-se das reações ionizantes (NISCHIMURA, POTENZA E CESARETTI, 2013).

3 | ENFERMAGEM E O USO DOS MEIOS DE CONTRASTE

Segundo Patrício et al., (2010), “os meios de contrastes são substâncias com a finalidade de distinguir radiologicamente a composição dos órgãos que se mostram semelhantes diante do exame, podendo ser administradas nas cavidades, órgãos, artérias e veias”.

Algumas estruturas anatômicas podem ser visualizadas facilmente através de uma radiografia simples dada a diferença de opacidade dos tecidos. Exemplificando melhor, num raio-X de osso, a concentração de cálcio do mesmo já o contrasta,

diferenciando-o assim dos demais tecidos que o circundam. Neste caso, torna-se necessário a utilização de um meio de contraste que possibilite essa visualização, considerando que tal substância deve ser mais densa que a estrutura anatômica (NISCHIMURA, POTENZA E CESARETTI, 2013).

Os meios de contraste são classificados de acordo com sua capacidade de absorção de radiação, composição, solubilidade, natureza química, capacidade de dissociação e via de administração. Geralmente são aplicados na ressonância magnética, tomografia computadorizada, angiografias e exames radiológicos (PATRÍCIO ET AL. 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Resolução 55.18, requer que todos os Estados membros, incluindo o Brasil visem sua atenção diretamente à segurança dos pacientes. Desta forma, no CDI, a segurança do paciente deve ser prioridade quando o assunto é meio de contraste a fim de evitar possíveis complicações e/ou reações adversas (OMS, 2001).

3.1 Tipos de contraste

Quando se trata da capacidade de absorção, os meios de contraste se classificam em positivos e negativos. Os positivos são aqueles que sua ação tem maior absorção da radiação em relação aos órgãos e tecidos que o circundam de alta densidade, devido ao seu número atômico elevado, como no caso do bário e iodo. Já os negativos (ar, oxigênio e anidrido carbônico) como tem sua capacidade de absorção diminuída, a tendência é atingir os compostos de baixa densidade (PISCO, 2006).

Quanto a sua composição, pode ser distinguido em iodado e não iodado. Os contrastes iodados como o próprio nome já supõe tem em sua composição o iodo (I), como elemento radiopaco, enquanto o não iodado tem o sulfato de bário (BaSO₄) (SMELTZER E BARE, 2006). Sua natureza pode ser dividida em orgânico, quando se tem carbono (C) e inorgânico, quando não contém carbono.

Ao tratar da capacidade de dissociação, o meio de contraste pode ser iônico e não iônico. Os iônicos são aqueles em que a solução forma um composto iônico, pois ânions e cátions se dissociam, ou seja, “a ligação química dos componentes do sal se dá por eletrovalência. Enquanto os não iônicos não se dissociam em íons, de modo que sua reação química se dê por covalência” (NISCHIMURA; POTENZA; CESARETTI, 2013).

Os contrastes iônicos e não iônicos se diferenciam na osmolaridade. Os iônicos possuem maior osmolaridade em virtude da dissociação dos cátions e ânions nas soluções. Outro aspecto ao qual se deve atentar ao se falar dos meios de contraste é a viscosidade, uma vez que formulações diméricas não iônicas são mais viscosas do que as monoméricas iônicas. Sabe-se também que a viscosidade está relacionada à temperatura, já que se o contraste estiver em uma temperatura elevada, o mesmo torna-se menos viscoso (CBR, 2000).

Quanto às vias de administração podem ser classificadas em: oral, quando o meio de contraste é ingerido; parenteral, quando é administrado por via endovenosa; endocavitário é administrado por orifícios naturais que interligam alguns órgãos ao exterior e intracavitário, ministrado através da parede da cavidade em questão (JUCHEM; ALMEIDA; LUCENA, 2010).

De uma forma bem resumida, o meio de contraste iodado pode ter natureza iônica e não iônica de acordo com sua estrutura química, mas tanto um como outro apresentam particularidades relacionadas à concentração da solução, quais sejam: densidade (g/ml), viscosidade e osmolaridade. A densidade diz respeito ao número de átomos de iodo por milímetros de solução; a viscosidade relaciona a concentração da solução com o peso molecular, já a osmolaridade é definida pelo número de partículas ou íons por quilograma de solvente (SILVA, 2000).

3.2 Reações adversas ao meio ambiente iodado

Os contrastes iodados são geralmente classificados por possuírem características físico-químicas relevantes ao que se diz respeito às reações adversas (SUGAWARA, 2010).

O profissional de enfermagem é responsável por informar ao paciente sobre a realização do exame, fazer anamnese buscando informações relevantes que possam beneficiar no rastreamento de processos alérgicos ou doenças preexistentes (PATRÍCIO et. al, 2010).

A frequência geral dos eventos adversos relacionado à administração dos meios de contraste diminui consideravelmente com o uso do não iônico de baixa osmolaridade. Embora, a maioria das reações adversas se apresentem na forma leve, as reações moderadas e graves continuam a ocorrer de forma imprevisível (ACR, 2010).

Segundo o American College of Radiology (ACR), a maioria das reações adversas ocorre após a administração do contraste. Sabe-se que existem vários mecanismos potenciais e que nas reações podem envolver ativação e desativação, ou inibição de várias substâncias ou mediadores vasoativos (ACR, 2010).

Quando o assunto é relacionado à etiologia, as reações são classificadas geralmente em anafilactóides e quimiotóxicas. As anafilactóides são semelhantes à reação de hipersensibilidade e não dependem da dosagem administrada de contraste. Os principais sintomas acometidos são: urticária, prurido, tosse, angioedema, coriza nasal, náusea e vômito (SILVA, 2000).

Já as reações quimiotóxicas relacionam-se com as características físico- químicas de contraste podendo estabelecer relações com a dose administrada, a concentração de iodo na solução e até à velocidade de injeção da substância. Dentre as principais manifestações clínicas relatadas na literatura, podem-se destacar a sensação de calor, gosto metálico na boca, reações vasovagais, convulsões, reações cardiovasculares, dor ou desconforto no local de aplicação e extravasamento (THOMSEN, 2009).

Quando se trata de grau de severidade, a ACR classifica as reações adversas em leve, moderada e grave. As reações leves são aquelas que não requerem terapêutica medicamentosa, necessitando apenas de observação. Já as moderadas exigem tratamento farmacológico e cuidados que devem ser prestados pela equipe. Entretanto as graves podem representar risco de morte e requerem suporte terapêutico de emergência, além de hospitalização imediata para acompanhamento (OLIVEIRA, 2006).

GRAU DE SEVERIDADE	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
LEVE	Prurido, urticária leve, náuseas, vômitos, tontura, exantema, gosto metálico na boca e sensação de calor.
MODERADA	Vômitos persistentes, urticária difusa, cefaleia, edema facial e de laringe, broncoespasmo ou dispnéia, taquicardia ou bradicardia, hipotensão ou hipertensão transitória.
GRAVE	Arritmias, edema de glote, hipotensão, broncoespasmo severo, convulsão, edema pulmonar, síncope, fibrilação atrial ou ventricular e parada cardiorrespiratória.

Quadro 1 – Grau de severidade e suas manifestações clínicas.

Durante a administração de contraste, é importante salientar a importância da observação perante as reações adversas, uma vez que segundo a literatura, elas podem ser agudas ou tardias. As reações agudas têm início nos primeiros 20 minutos de administração de contraste iodado. Já as tardias, demoram de 30 a 60 minutos para se manifestar, porém existem registros de reações muitas horas após a administração (SILVA, 2000).

3.3 Cuidados de Enfermagem e a pré-medicação

Para Bianco (2010), “desempenhar uma assistência eficaz e segura no CDI, o conhecimento prévio do enfermeiro em relação às propriedades do uso de contraste é essencial para tomada de decisões no caso de reações adversas”.

Recapitulando o que já foi exposto neste estudo, o enfermeiro é responsável em realizar a consulta de enfermagem, visando identificar, prevenir e/ou atenuar os riscos causados pela infusão do contraste, proporcionando assim, uma assistência de qualidade, específica e humanizada (MARINHO, 2010).

A responsabilidade em garantir a segurança do paciente que utilizam contrastes em acesso venoso central com ou sem auxílio de bomba injetora é exclusiva do enfermeiro, avaliando também o local do acesso venoso antes, durante e após a administração do contraste (GROSSMAN, 2012).

Partindo dessa premissa, a assistência de enfermagem prestada no CDI se inicia no pré-procedimento, onde o enfermeiro realiza um rastreamento identificando possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de possíveis reações adversas.

O enfermeiro certifica-se que o paciente fez o devido uso do regime (se aplicável), avalia o estado clínico do paciente, assegura o bom estado emocional, informa sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, que deverá ser respondido e assinado após a certificação do exame (JUCHEM, 2007).

4 | ENFERMAGEM E O USO DE EPI'S

O risco à saúde humana pode ser definido como a possibilidade de um evento nocivo (morte, dano ou perda) que pode ocorrer como resultado de exposição a agentes físicos ou químicos em condições específicas (MICHELS, 2005).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) classifica os riscos ocupacionais em químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, mecânicos, de acidentes e físicos. Os agentes físicos englobam diversas formas de energia que possam estar expostos, os profissionais como, vibração, pressão, ruído, temperaturas extremas, radiações não ionizantes e ionizantes (FERNANDES, 2005).

Em qualquer setor hospitalar, a segurança do paciente consiste, na redução do risco e danos desnecessários, associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, que corresponde ao que é viável do conhecimento atual (CAMERINI, 2011).

Os agravos à saúde decorrente da exposição humana desenfreada às tecnologias radioativas pós-descobertas foram inúmeras, isso porque as pessoas ficaram vislumbradas com o avanço do século. Como não haviam experiências com aquela radiação desencadeou-se uma série de efeitos indesejados, como: úlceras, abscessos e queimaduras que se tornaram graves devido ao seu tempo de cicatrização comprometida, o que desencadeavam cirurgias desfigurantes, amputações e até a morte (LIMA et al, 2009).

As radiações ionizantes desencadeiam efeitos biológicos que podem ser divididos como determinísticos e estocásticos. Uma exposição a doses altas de radiação promovem consequências que estão relacionadas diretamente a exposição, como por exemplo, queimaduras na pele, caracterizando assim os efeitos determinísticos (BIRAL, 2002).

Por outro lado, os efeitos estocásticos relacionam-se com a exposição a baixas doses de radiação produzindo consequências derivadas do acúmulo dos efeitos da radiação no organismo, ou seja, só se manifestam após meses ou anos da exposição à radiação (D'IPPOLITO, 2005).

É sabido que o ambiente hospitalar é passivo de contaminações das mais variadas espécies no qual uma exposição diária, pode acarretar em consequências graves. Neste sentido, aplicando-se na radiologia, é notável a participação destes trabalhadores, visto que muitos, ao ingressarem se quer sabem ou desconhecem os cuidados apropriados afim de evitar problemas de saúde advindos de suas práticas ocupacionais (RESENDE, 2003).

O Ministério da Saúde (MS), a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN)

e o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) estabeleceram portarias normativas junto a International Commission on Radiological Protection (ICRP). Estas portarias compreendem: A 518/2003 do MTE publicada no Diário Oficial da União de 7 de Abril de 2003, a 453/98 e a CLT (Consolidação de Leis Trabalhistas) (RODRIGUES E CUNHA, 2011).

A norma regulamentadora 16 (NR 16) faz caracterização das atividades ou operações perigosas, enumeradas conforme as portarias respectivas a seus agentes desencadeantes. Com isso, a portaria 518/2003 traz um anexo que considera que qualquer exposição do trabalhador a radiações ionizantes ou substâncias radioativas é potencialmente prejudicial à saúde, e considera ainda que mesmo com os avanços tecnológicos e EPI's (equipamentos de proteção individual) os riscos em potencial à exposição ainda existirão (BRASIL, 2003).

A portaria 453/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde refere-se as “Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico”, estabelecendo os requisitos básicos de proteção radiológica em radiodiagnóstico, ressaltando a disciplina para a prática com os raios-X, além de objetivar a defesa da saúde dos profissionais, pacientes e do público em geral (BRASIL, 1998).

É importante frisar sobre os conhecimentos em biossegurança, que visam prevenir, diminuir ou eliminar possíveis riscos ao profissional e ao paciente expostos durante a realização do exame. Por isso é de extrema relevância destacar o uso dos EPI's (Equipamento de Proteção Individual), regulamentados na Resolução COFEN N°211/98, que dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com radiação ionizante.

A utilização do EPI é de fundamental importância para a proteção da saúde e integridade física do trabalhador, sendo de uso individual a fim de zelar pela segurança e higiene. A má utilização ou ausência desses materiais no dia a dia pode desencadear sérios danos ao profissional que pode ficar exposto aos contaminantes (MASTROENI, 2006).

Desta forma, verifica-se que o devido e correto uso de EPI constitui o meio mais simples para prevenção de acidentes ocupacionais, além de evitar possíveis riscos biológicos e físicos associados às radiações ionizantes (SILVA, 2010).

Além do uso dos EPI's, há algumas outras precauções que devem ser seguidas para evitar complicações aos pacientes submetidos ao meio de contraste. Segundo Barros et al., (2013):

Os profissionais de enfermagem necessitam que os critérios de segurança na administração do agente de contraste sejam claros e bem definidos e, desta maneira, possam reconhecer pacientes de risco, prevenindo e tratando reações adversas.

Conforme afirmam Acauan e Rodrigues (2015), “a preocupação com a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, tem sido notório, especialmente no século XXI, como um movimento social”. Essa observação é reforçada pela criação da

Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela Organização Mundial de Saúde, em 2004, a qual se apresenta medidas para reduzir riscos e eventos adversos na assistência à saúde.

Segundo Scheidt (2006), “as patologias associadas à falta do uso de EPI’s na área de enfermagem geralmente ocasionam a transmissão de hepatite B e C que são transmitidos quando o controle de infecções não é eficaz”.

Na execução do procedimento, é essencial que o profissional tenha conhecimento de biossegurança, que consiste em um conjunto de ações com o objetivo de prevenir, diminuir ou eliminar os riscos. Os principais EPI’s utilizados durante a realização dos exames são: aventais de proteção, saias de proteção, protetores abdominais, luvas de proteção, mangas, protetor de gônadas para pacientes masculinos, e outros e o uso de EPC (equipamento de proteção coletiva), que são: cabine de segurança, extintor de incêndio, etc (SOUSA, 2011).

Em uma pesquisa realizada por Rodrigues e Cunha (2011) foi analisada a utilização de EPI’s por profissionais de uma determinada empresa. Nas áreas radiológicas verificou-se que 100% utiliza o avental de chumbo padrão, 91% utiliza o protetor de tireóide, 61% colocam óculos pumblífero, apenas 39 % usam dosímetro, 13% utilizam luvas pumblíferas e somente 4% usa o protetor de órgãos genitais.

De acordo com Rodrigues e Cunha (2011), é recomendável o uso de todos os EPI’s, observar as instalações elétricas certificando-se de que não haja fios desencapados e se a manutenção das máquinas esta de acordo com as recomendações.

É notório que há a necessidade de uma educação permanente, principalmente aos funcionários que trabalham com radiação ionizante, capacitando- os quanto à conscientização dos riscos aos quais estão expostos, a fim de evitar danos físicos ou biológicos. A adoção de práticas adequadas e treinamento minimizam os riscos que contribuem para um ambiente de trabalho mais seguro. (RODRIGUES E CUNHA, 2011).

5 | CONCLUSÃO

É notório que a enfermagem radiológica vem acompanhada de uma curva íngreme para os profissionais que desejam atuar nesta área, e que mesmo até os profissionais com mais experiência tem muito que aprender quando se trata de habilidades específicas relacionadas à dinâmica de trabalho e dimensionamento pessoal nos serviços de radiologia e diagnóstico por imagem.

A atuação do enfermeiro com as tecnologias radiológicas deve ser embasada em conhecimento científico atualizado e deve estar de acordo com as normas vigentes e técnicas apropriadas, a fim de alcançar o melhor resultado clínico promovendo a segurança e o bem estar do paciente. Desta forma, o enfermeiro deve estar habilitado a reconhecer, prevenir e atender as possíveis complicações que possam ocorrer, bem como, orientar os usuários e familiares acerca de como se proteger de formas

ionizantes.

Ao concluir esta revisão através de levantamento de dados, ressalta-se a importância do enfermeiro nos exames radiológicos que utilizam o meio de contraste, além de ter a afirmação da necessidade de novos estudos específicos relacionados à temática com enfoque no papel exercido por esse profissional, uma vez que o campo da radiologia é amplo e tende a se desenvolver cada vez mais com os avanços tecnológicos recorrentes.

Por fim, sendo a radiologia uma especialidade peculiar para a atuação do enfermeiro, há a necessidade de habilidades específicas e conhecimentos gerais acerca do processo físico, funcional e de proteção radiológica no CDI, a fim de melhorar a qualidade da assistência ao paciente submetido aos diversos processos radiológicos. Desta forma, a busca ativa por um processo educativo contínuo deve ser constante, além da promoção de capacitações nos próprios serviços é um meio de fornecer subsídios teóricos a esse profissional, auxiliando no enriquecimento intelectual e de qualidade nos serviços prestados à população.

REFERÊNCIAS

ACAUAN, Laura Vargas; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. **Critérios de segurança na administração de contraste na angiotomografia cardíaca: percepção de enfermagem.** Revista Rene, V.16. n 4. p. 504-13, jul - ago 2015.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (ACR). **Manual on Contrast Media.** 7º ed. 2010.

BARROS, Marcio Vinicius Lins et al. Avaliação da ponte miocárdica pela angiotomografia das coronárias. **Rev bras ecocardiogr imagem cardiovasc**, v. 26, n. 1, p. 8-15, 2013.

BIANCO RPR. Enfermagem no Centro de Diagnostico por Imagem. In: Nóbrega AI (Org.). **Tecnologia Radiológica e Diagnóstico por Imagem.** 4º ed. São Paulo: Difusão Editora; 2010. p. 241-268.

BIRAL, Antônio Renato. Radiações ionizantes para médicos, físicos e leigos. In: **Radiações ionizantes para médicos, físicos e leigos.** 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 453, 1 jun. 1998. **Diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, 02 jun. 1998, seção 1, p. 29.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria 518, 7 abr. 2003. **Atividades e operações perigosas com radiações ionizantes ou substâncias radioativas: atividades/áreas de risco.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 abr. 2003, seção 1, p. 104.

CAMERINI, Flavia Giron; SILVA, Lolita Dopico da. **Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela.** Texto and Contexto Enfermagem, v. 20, n. 1, p. 41, 2011.

COELHO JR, e MAEDA Sayuri Tanaka. **Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Hospitais Gerais.** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - São Paulo-SP (2006).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº. 211 de 01 de junho de 1998:** atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com radiação ionizante. Rio de Janeiro: COFEN; 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **RESOLUÇÃO COFEN- 347/2009:** Normatiza em âmbito Nacional a obrigatoriedade de haver Enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. Rio de Janeiro (1998).

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA (CBR). **Assistência à vida em radiologia.** Guia teórico-prático. 1ªed.São Paulo (SP): Briefng Assessoria de Imprensas/c Ltda. 2000.

D'IPPOLITO, Giuseppe; MEDEIROS, Regina Bitelli. Exames radiológicos na gestação. Radiologia Brasileira, v. 38, n. 6, p. 447-450, 2005.

FAUSTO, Carmen Silvia Cerqueira do Val. **Sensibilidade e especificidade dos métodos de diagnóstico por imagem (ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada) na detecção de nódulos hepáticos no cirrótico com correlação histológica do explante.** 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FERNANDES, Geraldo Sérgio; CARVALHO, Antônio Carlos Pires; AZEVEDO, Ana Cecília Pedrosa de. **Avaliação dos riscos ocupacionais de trabalhadores de serviços de radiologia.** Radiol bras, v. 38, n. 4, p. 279-81, 2005.

FLÔR, Rita de Cássia; GELBCKE, Francine Lima. Tecnologias emissoras de radiação ionizante e a necessidade de educação permanente para uma práxis segura da enfermagem radiológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, 2009.

GAIDZINSKI, RR, FUGULIN FMT, CASTILHO V. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde.** Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (2005): 125-37.

GROSSMAN VA. **Tópicos quentes: Injeções seguras de CT de cateteres venosos centrais.** J J Radiol Nurs. 2012; 31 (3): 105-107.

HALL, Linda McGillis, et al. Modelos de equipe de enfermagem como preditores dos resultados do paciente. Medical Care 41,9 (2003): 1096-1109.

JUCHEM, Beatriz Cavalcanti; ALMEIDA, Miriam de Abreu; LUCENA, Amália de Fátima. Novos diagnósticos de enfermagem em imagenologia: submissão à NANDA International. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, 2010.

JUCHEM BC, Dall'AgnoL CM. Reações adversas imediatas ao contraste iodado intravenoso em tomografia computadorizada. **Rev. latinoam. enferm.** 2007;15(1):78-83.

KOCH, Hilton Augusto, et al. **Radiologia na formação do médico geral.** Radiologia na formação do médico geral. 1997.

LIMA, Rodrigo da Silva; AFONSO, Júlio Carlos; PIMENTEL, Luiz Cláudio Ferreira. **Raios-X: fascinação, medo e ciência.** Quim. Nova, v. 32, n. 1, p. 263-270, 2009.

MARINHO, R. C. **Manual de práticas e assistência de enfermagem no setor de diagnóstico por imagem.** São Paulo: látria, p. 39-43, 2010.

MASTROENI. **Biossegurança aplicada a laboratório e serviços de saúde**, 2º Ed., 2006.

MERHY, Emerson Elias, e ONOCKO, Rosana. Agir em saúde: **um desafio para o público**. 1997.

MICHELS, Cristina et al. **Avaliação de risco à saúde humana nos terminais de armazenamento de petróleo e derivados de Barueri e Cubatão**. 2005.

NICOLA, Anair Lazzari e Maria Luiza Anselmi. Pessoal de enfermagem downsizing em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem** 58.2 (2005): 186-190.

NISCHIMURA, Lúcia Yurico; POTENZA, Marlene Marques; CEZARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Enfermagem em diagnóstico por imagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2013.

OLIVEIRA, LAN, Oliveira ES. **Meios de Contraste Iodados**. In: Silva P. Farmacologia. 8º. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006 p. 1258-1267.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The World Health Report. Geneva: OMS, 2011.

PATRÍCIO, A. C. F. A. et al. **Radiologia: Atuação do Profissional de Enfermagem na Área de Diagnóstico por Imagem**. In: 13º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2010.

PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. **Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente**. Acta Paulista de Enfermagem(2009).

PISCO, J. M. **Radiologia e análises de imagem**. São Paulo: Rideel, 2006.

RESENDE, M. P. **Agravos à saúde de auxiliares de Enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. 2003. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

RODRIGUES, Elizabete dos Santos; CUNHA, Raissa de Sousa Mendonça Damásio. **Avaliação de riscos: profissionais de enfermagem expostos à radiação**. 2011.

SANTOS Junior, Bartolomeu José dos, et al. Riscos ocupacionais em centros de radiodiagnóstico. **Rev. enferm. UERJ** (2010): 365-370.

SCHEIDT, Kátia Liberato Sales et al. **As ações de biossegurança implementadas pelas comissões de controle de infecções hospitalares**. 2006.

SILVA, E. A. **Meios de contraste iodado. Assistência à vida em radiologia: guia teórico e prático**. São Paulo (SP): Colégio Brasileiro de Radiologia, p. 16-114, 2000.

SILVA, Evandro de Sena; VIANA, Dirce Laplaca;. **Guia de medicamentos e cuidados de enfermagem**. Yedis Editora, São Paulo, 2010.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, B. G. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Todos os volumes. Guanabara Koogan, 2005.

SOUSA, Mary F. **Gestão e liderança: educar e orientar a enfermeira em radiologia do futuro**. Journal of Radiology Nursing, v. 30, n. 3, p. 135-136, 2011.

SUGAWARA, A. M. **Farmacologia Aplicada**. Tecnologia Radiológica e Diagnóstico por Imagem. 4º ed. São Paulo: Difusão Editora, p. 273-298, 2010.

THOMSEN, Henrik S. **Gestão de reações adversas agudas em meio de contraste**. Springer, Berlim, Heidelberg, 2009. p. 53-60.

LACERAÇÕES PERINEAIS ESPONTÂNEAS EM PARTOS ATENDIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS

Kéllida Moreira Alves Feitosa

Centro Universitário Estácio do Recife. Recife, Pernambuco.

Gleiziane Peixoto da Silva

Centro Universitário Estácio do Recife. Recife, Pernambuco.

Simony Lins de Oliveira

Hospital D'ávila. Recife, Pernambuco.

Maria Elisângela Soares Mendes

Hospital Univiersitário Miguel Riet Corrêa Júnior. Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Rhayza Rhavenia Rodrigues Jordão

Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco.

Rafaella Araújo Correia

Hospital das Clínicas de Pernambuco. Recife, Pernambuco.

INTRODUÇÃO: as lesões perineais espontâneas são caracterizadas como a perda da continuidade tecidual que envolve o assoalho pélvico durante a passagem do feto no canal de parto. Os traumas perineais são classificados em graus de lacerações, de acordo com a profundidade de acometimento (RIESGO et al, 2011). No Brasil a cada ano, aproximadamente 1,5 milhões de mulheres sofrem algum tipo de trauma perineal durante o parto normal, em razão de lacerações perineais espontâneas ou de episiotomia, estando sujeitas a morbidades

associadas a este trauma (COLACIOPPO, 2015). Baseando-se em pesquisa americana que analisou dados de 2.819 mulheres que deram a luz espontaneamente entre os anos de 2000 e 2005, autores concluíram que a prevalência e a gravidade da lesão perineal foram significativamente menores nos partos assistidos pelas enfermeiras (LEWIS et al, 2008). Os fatores que influenciam o tipo e a frequência do desfecho perineal inclui a escolaridade materna, altura do períneo, duração do segundo estágio do parto, infusão de ocitocina, posição no parto, puxos dirigidos, manobras de proteção perineal, entre outros (COLACIOPPO, 2015). Diante de tais evidências faz-se necessário um levantamento minucioso da ocorrência de laceração perineal em partos normais atendidos por enfermeiras obstetras, com o intuito de elencar os critérios que poderão estar associados a sua ocorrência.

Objetivo: avaliar a ocorrência de lacerações perineais espontâneas em partos atendidos por enfermeiras obstetras. **Métodos:** Foi realizado um estudo de corte transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado nos meses de outubro e novembro de 2016, no Hospital e Maternidade Petronila Campos, localizado no município de São Lourenço da Mata, em Pernambuco. Trata-se de uma maternidade de baixo risco, que dispõe de cinco leitos de pré-parto, 25 leitos de puerpério, com uma média

de 163 partos por mês e um total de 1.960 partos por ano, com o enfoque à assistência integral, humanizada e multidisciplinar ao parto e pós-parto, com destaque para a atuação dos enfermeiros obstetras na assistência ao parto normal. Os dados foram coletados por meio da análise em prontuário de mulheres que tiveram partos normais e que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um formulário estruturado, contendo as informações pertinentes para a realização da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: mulheres de risco habitual, com idade gestacional de 37 a 42 semanas, gestação de feto único, que tiveram partos normais no local de estudo, atendidas por enfermeiras obstétricas. Foram excluídas do estudo as mulheres que tiveram partos normais ou cesarianas atendidas por médicos. Os dados foram tabulados em um banco de dados e analisados pelo programa Microsoft Excel 2010. O estudo atendeu às determinações do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, iniciado somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob nº 1.708.640/2016. **Resultados:** No período do estudo obteve-se uma amostra de 129 prontuários de mulheres que tiveram partos normais assistidos por enfermeiras obstetras, com idades que variaram de 14 a 46 anos, com o predomínio da faixa etária de 14 a 24 anos em 61,2%, da cor parda em 65,8%, com ensino fundamental em 49,6%. A maioria era primípara (35,6%), com idade gestacional entre 37 a 39 semanas (58,1%). A ocorrência de laceração foi de 90,6%, com predomínio de laceração de primeiro grau em 72,1% e a inexistência de lesões de 3º e 4º graus e episiotomia. Estudo incluindo 6.365 partos normais identificou que as multíparas foram as que menos apresentaram lacerações perineais (5,3%), enquanto 14,9% das primíparas apresentaram algum tipo de trauma perineal (RIESGO et al, 2011). No presente estudo ressalta-se que não houve episiotomia na amostra estudada, confirmado por estudo realizado em 2008 que aponta sobre a ausência de evidências sobre a necessidade e episiotomia para a prevenção de tocotraumatismos. Todavia, mulheres em trabalho de parto com idade gestacional inferior a 37 semanas possuem 2,3 vezes mais chance de sofrerem algum tipo de lesão perineal (AMORIM; KATZ, 2008). Em nosso estudo destaca-se que apenas 10,8% das mulheres utilizaram ocitocina sintética para estimular o trabalho de parto. O uso da ocitocina intraparto é uma prática adotada com frequência para acelerar o parto ou corrigir desvios da contratilidade uterina quando as contrações são ineficazes. Entretanto, existe divergência quanto ao seu uso rotineiro e há evidências científicas que apontam o aumento do risco de trauma perineal associado ao uso dessa medicação (SILVA et al, 2012). Destaca-se a adoção de posições verticais para o parto em 88,4% na amostra estudada, sendo a maioria em posição semi-sentada 41,8%. As taxas de períneos íntegros são maiores nas mulheres que adotam posições não supinas (sentadas, semi-sentada, de cócoras) durante o parto do que as que adotam a posição supina. Assim, a posição vertical no parto é uma das estratégias para a redução do trauma perineal, do edema de vulva e da episiotomia. Em contraponto, estudo desenvolvido no Centro de Parto Intra-Hospitalar do Hospital Geral de Itapeirica da Serra, com amostra de 820 prontuários de mulheres com parto normal assistido por enfermeiras obstétricas, a taxa de lacerações foi de 73,5% (AMORIM; KATZ, 2008). Já um estudo carioca, que analisou dados de

1.023 partos normais assistidos por enfermeiras obstetras, observou que, em 49,6% dos partos, ocorreu laceração perineal ocasional, predominando laceração de primeiro grau (67,3%), seguida de laceração de segundo grau (31,2%) e de terceiro grau (1,5%), o que se assemelha ao estudo atual (PEREIRA; DANTAS, 2012). Apesar das controvérsias sobre a necessidade de reparo de lacerações perineais superficiais ou de pequena extensão, a maioria dos autores concorda que as lacerações que atingem o plano muscular devem ser suturadas após o parto (SILVA et al, 2012). **Conclusão:** Foi evidenciada uma elevada ocorrência de lesões perineais espontâneas, apesar do reduzido uso de ocitocina e da posição litotômica no parto. Destaca-se ausência de lacerações de 3º, 4º grau e de episiotomia, lesões com potenciais complicações associadas à recuperação do assoalho pélvico. Portanto, faz-se necessário mais estudo que investigue os fatores associados às lacerações perineais para a redução de sua ocorrência. **Contribuições e/ou implicações para a enfermagem obstétrica:** Acredita-se que estudos dessa natureza possam subsidiar melhorias para a atuação de enfermeiros obstétricos no cenário de assistência ao parto normal, de modo a incentivar a redução de procedimentos invasivos, como o uso de ocitocina sintética e o incentivo às posições verticais no momento do parto, no intuito de diminuir a ocorrência de lacerações perineais espontâneas.

PALAVRAS-CHAVE: Períneo; Parto Normal; Humanização da assistência ao parto.

REFERÊNCIAS

RIESCO MLG; COSTA ASC; ALMEIDA SFS; BASILE ALO; OLIVEIRA SMJV et al. **Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados.** Rev. Enferm. UERJ; 19/ (1): 77-83, jan-mar 2011.

COLACIOPPO, P. M; RIESCO, M. L. G. **Anestesia local no reparo do trauma perineal no parto normal: estudo comparativo da eficácia da solução anestésica com e sem vasoconstritor.** 2015 (Mestrado em Enfermagem). São Paulo (SP): Escola de enfermagem da universidade de São Paulo/ EEUSP, 2015.

LEWIS L; HOFMEYR GJ; STYLES C et al. **Maternal positions and mobility during first stage labour.** Cochrane Database of Syst Rev. 2013(8).

AMORIM MM; KATZ L. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna.** Revista Feminina. 36 (1): 47-54, jan. 2008.

SILVA FM; OLIVEIRA SM; BICK D; OSAVA RH; TUESTA RF; RIESCO ML. **Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre.** J Clin Nurs. 2012; 21 (15-16): 2209-18.

PEREIRA AL; DANTAS F. **Assistance characteristics of normal deliveries attended by obstetrical nurses.** Rev. Enferm UFPE on line. v. 6, n. 1, p. 76-82, 2012.

OS EFEITOS DA REFLEXOLOGIA PODAL NOS CICLOS FEMININOS

Andressa Menescal Coelho Azevedo

Universidade Federal do Amazonas, Hospital
Universitário Getúlio Vargas
Manaus - Amazonas

Anny Beatriz Costa Antony de Andrade

Universidade Federal do Amazonas, Hospital
Universitário Getúlio Vargas
Manaus - Amazonas

Raquel Faria da Silva Lima

Universidade Federal do Amazonas, Escola de
Enfermagem de Manaus
Manaus - Amazonas

RESUMO: Introdução: os ciclos femininos são cercados por desconfortos que influenciam nas atividades diárias e qualidade de vida das mulheres e a reflexologia podal surge como opção de baixo custo e não invasiva para promoção e recuperação da saúde dessa população. **Objetivo:** identificar os efeitos da reflexologia podal nos diversos ciclos de saúde da mulher. **Método:** trata-se de uma revisão sistemática. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library (SciELO), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Web of Science, com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DEcS): “*Reflexology*” AND “*Foot Reflexology*” OR “*Foot Massage*” OR “*Massage*”. **Resultados**

e discussão: foram encontradas 236 produções científicas nas bases de dados, entretanto, 5 artigos (2,11%) atenderam aos critérios de inclusão e todos possuem nível de evidência “1B”. Todos os estudos foram desenvolvidos no oriente, envolvendo mulheres jovens-adultas, com disfunção no ciclo menstrual e gravídico-puerperal. Os estudos apontam que a aplicação da reflexologia podal pode auxiliar na redução de condições como fadiga, dor, sintomatologia pré-menstrual, como melhorar a qualidade do sono, além de contribuir na redução do tempo de trabalho de parto e no aumento na frequência do aleitamento materno. **Conclusão:** Embora o número de estudos encontrados seja reduzido, observou-se os benefícios da reflexologia podal nos diversos ciclos femininos e a aplicação da terapia associada a outras práticas podem oferecer benefícios à saúde das mulheres, promovendo bem-estar e qualidade de vida. Reitera-se a importância do desenvolvimento de outros estudos nesta temática.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Obstétrica; Terapias Complementares; Reflexologia Podal; Saúde da Mulher.

ABSTRACT: Introduction: women’s cycles are surrounded by discomforts that influence women’s daily activities and quality of life, and foot reflexology is a low-cost, non-invasive option for promoting and recovering the health

of this population. **Objective:** to identify the effects of foot reflexology in the various cycles of women's health. **Method:** this is a systematic review. The search was carried out in the following databases: Latin American Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Eletronic Library (SciELO), Nursing Database (BDENF), Web of Science, with the following Health Sciences Descriptors (DecS): "*Reflexology*" AND "*Foot Reflexology*" OR "*Foot Massage*" OR "*Massage*". **Results and discussion:** a total of 236 scientific productions were found in the databases, however, 5 articles (2.11%) met the inclusion criteria and all had "1B" level of evidence. All studies were developed in the East, involving young adult women with dysfunction in the menstrual cycle and pregnancy-puerperal period. The studies indicate that the application of foot reflexology can help reduce conditions such as fatigue, pain, premenstrual symptomatology, as improve sleep quality, and contribute to the reduction of labor time and increase in the frequency of breastfeeding. **Conclusion:** Although the number of studies found is low, the benefits of foot reflexology were observed in the various cycles of women, and the application of therapy associated with other practices can offer benefits to women's health, promoting well-being and quality of life. The importance of the development of other studies in this area is reiterated.

KEYWORDS: *Obstetric Nursing; Complementary Therapy; Foot Reflexology; Women's Health*

1 | INTRODUÇÃO

Diferentes desconfortos estão presentes em cada ciclo feminino e vêm sendo minimizados através do uso de práticas estimuladas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006). O uso de terapias complementares ganha popularidade com o decorrer do tempo, mostra-se como uma prática não-invasiva que contribui na redução de impactos resultantes de doenças, e na promoção do bem-estar (TIRAN, 2010).

Entre as práticas recém incorporadas à PNPIC está a reflexologia podal (BRASIL, 2017), de origem egípcia, datada por volta de 2330 a.c., em pictogramas indicando o trabalho com os pés como prática médica, entretanto não existem escritos da técnica nesse período (BLUNT, 2006). Um alto nível de segurança e eficácia podem ser oferecidos por meio da reflexologia podal, por ser um método não farmacológico e de fácil aplicação. Além disso, a técnica possui uma grande influência na melhora da qualidade da saúde e do bem-estar, por seus efeitos estarem diretamente ligados a diminuição do uso de métodos farmacológicos, redução da dor e estresse, promoção de sensação geral de relaxamento (TIRAN, 2010).

A reflexologia moderna ocidental segue o princípio das zonas reflexas, as quais são áreas dos pés que possuem ligação direta com determinada parte do corpo. Esta prática consiste na aplicação de determinada pressão nas mãos e nos pés, desta forma promovendo ou recuperando a saúde (KUNZ, KUNZ, 2016; EMBONG, SOH,

WONG, 2015).

O desenvolvimento feminino é permeado por ciclos, sejam eles menstruais, gestacional-puerperal ou climatério/ menopausa. No decorrer de cada ciclo podem existir dificuldades a serem enfrentadas, de ordem hormonais, gerando consequências em âmbitos extracorpóreos, como a convivência social. A alta sensibilidade a mudanças hormonais pode estar associada ao aparecimento de sintomas que levam à desarmonias como absenteísmo e possível suicídio (AWRENCE, IKEAKO, YGINUS, MICHAEL, 2014). Na gestação, dentre os principais desconfortos está a fadiga que leva à indisposição, o aumento do estresse e dificulta o enfrentamento do processo (SALME, HOBRANI, PARVIN, SALARI, BANAFSHE, 2014). Nestes diversos cenários, a reflexologia surge como uma opção para a redução dos possíveis desconfortos.

O uso de evidências científicas na prática profissional, de forma inovadora, remete ao conceito de prática baseada em evidências (PBE), embasa condutas profissionais de forma segura e organizada. A PBE surge através da elucidação de um problema, a busca por soluções no âmbito científico, a avaliação de produtos existentes, a tomada de decisão, a implementação na prática e a avaliação de resultados junto ao paciente. É possível, desta forma observar os impactos das evidências científicas na prática clínica e com isso, favorecer as relações entre o profissional de saúde, o paciente e o ambiente de trabalho (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; LACERDA, et al. 2011).

O uso da PBE na enfermagem, incorpora respaldo científico no cuidado oferecido ao paciente, minimizando os possíveis riscos. Reitera-se que mesmo neste modelo de assistência, é importante levar em conta a opinião do paciente, de forma a construir um plano de cuidados individualizado (CALIRI, MARZIALE, 2000).

2 | OBJETIVO

Identificar os efeitos da reflexologia podal nos diversos ciclos femininos.

3 | MÉTODO

O presente estudo é uma revisão sistemática sobre os efeitos da reflexologia podal nos ciclos femininos. Este método permite sintetizar o conhecimento existente, através da análise de ensaios clínicos randomizados desenvolvidos na prática clínica. Tem como objetivo facilitar o acesso às produções científicas com elevado nível de evidência, que possam embasar a assistência e a tomada de decisão, resultando na PBE.

Foi estabelecida a seguinte questão norteadora: “Quais os benefícios da reflexologia podal na atenção à saúde da mulher?”. A busca dos dados foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library (SciELO), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Web of Science, com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde

(DEcS): “*Reflexology*” AND “*Foot Reflexology*” OR “*Foot Massage*” OR “*Massage*”.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos: ser um estudo clínico randomizado, abordando como foco central o objetivo do presente estudo, sem recorte temporal. Foram excluídos os artigos científicos que não se mostraram relevantes para o desenvolvimento deste estudo.

Os dados foram analisados por dois avaliadores, a partir da leitura dos títulos, resumos e posteriormente de textos completos, caso os artigos mostrassem compatibilidade com o objetivo do estudo.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento validado, que atendeu aos interesses desta pesquisa, contendo: autores, ano, país, delineamento, número de participantes, intervenções e desfechos. Foi estabelecido o nível de evidência de cada artigo de acordo com o *Oxford Centre of Evidence-based Medicine Levels of Evidence*.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontradas 236 produções científicas nas bases de dados. Destas, 21 artigos (8,89%) continham no título a expressão “reflexologia podal”, “massagem nos pés”, “reflexologia e/ou massagem”. Os demais artigos (215) foram excluídos, devido a relação com outro tipo de terapia alternativa ou não voltados à saúde da mulher. A partir da leitura minuciosa dos resumos e textos completos, 5 artigos (2,11%) atenderam aos critérios de inclusão. Apenas dois artigos descreveram o método duplo-cego. Os artigos selecionados possuem nível de evidência “1B”.

Autor	País, Ano	Delineamento	Amostra (n)	Intervenções	Desfechos
DOLATIAN, HASANPOUR, MONTAZERI, HESHMAT, ALAVIMAJD.	Irã, 2011	Ensaio Clínico Randomizado Duplo-cego	120 parturientes baixo-risco	Reflexologia (grupo I), suporte emocional (grupo II) e cuidados de rotina (grupo III)	Redução significativa da dor na fase ativa (>6 cm) e no tempo de trabalho de parto, no grupo reflexologia
LI, CHEN, LI, GAU, HUANG.	Taiwan, 2011	Ensaio Clínico Randomizado	65 puérperas pós-parto vaginal	Reflexologia (grupo I) e cuidados de rotina (grupo II)	Melhora na qualidade do sono no grupo reflexologia
SAATSAZ, REZAEI, ALIPOUR, BEHESHTI.	Irã, 2016	Ensaio Clínico Randomizado Duplo-cego	156 puérperas (primigestas) pós-cesáreas	Massagem nas mãos e pés (grupo I), massagem nos pés (grupo II) e controle (grupo III)	Houve uma redução significativa da dor, ansiedade, pressão arterial e frequência respiratória e aumento na frequência da amamentação, nos grupos intervenção

MOHAMED, BANDRAWY, GABR.	Egito, 2016	Ensaio Clínico Randomizado	50 mulheres virgens	Reflexologia e treinamento de relaxamento (grupo A) e treinamento de relaxamento (grupo B)	Redução estatisticamente, significativa em ambos os grupos, favorecendo o grupo A
SHOBEIRI, MANOUCHERI, PARSA, ROSHANAEI.	Irã, 2017	Ensaio Clínico Randomizado	126 gestantes	Aconselhamento, atividades educacionais sobre reflexologia e aplicação da reflexologia podal (grupo A), reflexologia podal (grupo B), controle (grupo C).	Redução significativa de fadiga entre os grupos A e B, com diferenças significativas entre os grupos experimentais e o controle

Tabela 1. Caracterização dos Ensaios Clínicos Randomizados com Reflexologia Podal na Saúde da Mulher. Manaus, 2018.

Todos os artigos foram desenvolvidos no oriente, as populações de estudo envolveram mulheres jovens-adultas, com disfunção no ciclo menstrual e gravídico-puerperal.

Estudo realizado no Irã, com 126 gestantes, distribuídas igualmente em três grupos, sendo dois de intervenção (reflexologia e aconselhamento; reflexologia) e um grupo controle, demonstrou que a reflexologia podal reduziu significativamente os escores de fadiga durante o período gestacional ($p < 0.01$), quando comparado ao grupo controle, sendo mais eficaz no grupo de intervenção onde as mulheres além da terapia receberam aconselhamento (SHOBEIRI, MANOUCHERI, PARSA, ROSHANAEI, 2017).

Outro estudo realizado no mesmo país, com 156 primíparas pós-cesária apresentou uma redução significativa na intensidade da dor ($p < 0.001$), alterações em valores tanto da pressão sanguínea como da frequência respiratória ($p < 0.001$), houve um aumento significativo na frequência de amamentações ($p < 0.001$) e redução importante nos níveis de ansiedade ($p < 0.001$) (SAATSAZ, REZAEI, ALIPOUR, BEHESHT, 2016).

Os resultados de um estudo envolvendo 65 puérperas de parto vaginal, com o objetivo de avaliar a qualidade do sono, revelaram que os escores de qualidade de sono encontrados no puerpério mediano são semelhantes a de pacientes com transtornos psiquiátricos, entretanto a intervenção com reflexologia podal melhorou significativamente a qualidade do sono no grupo intervenção ($p < 0.001$) quando comparada ao grupo controle. Embora este ensaio clínico randomizado tenha apresentado resultados satisfatórios, percebeu-se que o delineamento de apenas dois grupos (um intervenção e outro controle) foi uma limitação importante no estudo (LI, CHEN, LI, GAU, HUANG, 2011).

Outro estudo também apresentou a avaliação da influência da reflexologia na

dilatação cervical, observou-se que houve redução no tempo de fase ativa do trabalho de parto, diminuição na intensidade da dor ($p < 0.001$), em comparação às pacientes que apenas receberam o suporte de rotina oferecido pela maternidade (DOLATIAN, HASANPOUR, MONTAZERI, HESHMAT, ALAVIMAJD, 2011).

É necessário lembrar que a dor, característica marcante no trabalho de parto e pós-parto, tanto vaginal, como cesárea, pode contribuir com o aumento do nível de estresse da mulher, influenciando no enfrentamento da nova fase e em sua recuperação (SPERLING, et al. 2016; SOUZA, et al. 2009). Reiteramos a importância da oferta de terapias alternativas e métodos não farmacológicos para o alívio da dor nos diversos serviços destinados à saúde da mulher.

Estudo realizado no Cairo, dividiu 50 mulheres jovens-adultas voluntárias com síndrome pré-menstrual, em grupo A (reflexologia e treinamento de relaxamento) e grupo B (treinamento de relaxamento). Observou-se a redução nos valores de frequência respiratória, frequência cardíaca, níveis plasmáticos de cortisol e sintomas pré-menstruais relatados diariamente. Os resultados foram estatisticamente significativos para ambos os grupos, favorecendo o grupo A ($p > 0.001$) (MOHAMED, BANDRAWY, GABR, 2016).

O ciclo feminino é permeado por alterações fisiológicas, que podem influenciar do âmbito emocional ao social, condições como a sensibilidade a modificações hormonais, principalmente no período pré-menstrual, podem acarretar prejuízos às mesmas (AWRENCE, IKEAKO, YGINUS, MICHAEL, 2014). Estudos populacionais, demonstram que as alterações tornam-se cada vez mais frequentes, com relação à síndrome pré-menstrual (SILVA, GIGANTE, CARRET, FASSA, 2006), mesmo algumas mulheres não reconhecendo a condição como prejudicial à saúde. Ressalta-se a necessidade de implementação das terapias integrativas em unidades básicas e de fácil acesso à população, de forma a oferecer tais benefícios, a um número maior de mulheres.

As terapias alternativas e complementares surgem como oportunidade de tratamento não invasivo, que promovem o bem estar e minimizam desconfortos (LEE, HAN, CHUNG, 2011). No entanto, percebeu-se que apesar de tratar-se de uma prática antiga, a reflexologia ainda é pouco explorada como objeto de estudo no campo científico, principalmente no ocidente e na atenção à saúde da mulher.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a reflexologia podal apresenta eficácia, comprovada cientificamente. Tal prática pode tanto auxiliar na redução de condições como fadiga, dor, sintomatologia pré-menstrual, como melhorar a qualidade do sono, redução do tempo de trabalho de parto e disposição ao aleitamento materno. O oferecimento de tais benefícios demonstra que o uso da prática auxilia no enfrentamento de diversas

fases do ciclo feminino, reduzindo o estresse e minimizando danos nos diversos âmbitos da vida feminina, incluindo o convívio social. Além de ser uma prática de baixo custo e de fácil acesso aos profissionais de saúde. Todavia, a mesma prática é alvo de poucos estudos, principalmente com alto nível de evidência científica, possui principal concentração nos países do oriente.

Embora o número de estudos encontrados seja reduzido, observou-se os benefícios da reflexologia podal nos diversos ciclos femininos e a aplicação da terapia em associação com outras práticas de relaxamento pode oferecer grandes contribuições à saúde das mulheres, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida.

Entre as principais limitações do estudo, observou-se a ausência de ensaios clínicos randomizados envolvendo reflexologia podal na população feminina brasileira, bem como entre a população feminina com idade avançada, mulheres no climatério e menopausa.

Reitera-se a importância do enfermeiro, como profissional em maior contato com as pacientes, buscar o conhecimento sobre práticas e estudos que possam contribuir com seu serviço, realizando a famigerada prática baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

AWRENCCE, L.; IKEAKO, C.; YGINUS, H.; MICHAEL I. Premenstrual Symptoms. **Orient Journal of Medicine**, v. 26 n. 1-2, p. 8-14, 2014.

BLUNT, E. Foot Relfexology. **Holistic Nursing Practice**, v. 20, n. 5, p. 257–259, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html Acesso em: 25 jul 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html Acesso em: 25 jul 2017.

CALIRI, M.H.L.; MARZIALE, M.H.P. A prática de enfermagem baseada em evidências: conceitos e informações disponíveis online. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 103-104, 2000.

DOLATIAN, M.; HASANPOUR, A.; MONTAZERI, S.; HESHMAT, R.; ALAVIMAJD, H. The Effect of Reflexology on Pain Intensity and Duration of Labor on Primiparas. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 13, n. 7, p. 475-479, 2011.

EMBONG, N.H.; SOH, Y.C.; WONG, T.W. Revisiting reflexology: Concept, evidence, current practice, and practitioner training. **J Tradit Complement Med**, v. 5, n. 4, p. 197-206, 2015.

JOHNSON, S.R. The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. **Clin Obstet Gynecol**, v. 30, n. 2, p. 367-76, 1987.

KUNZ, B.; KUNZ, K. **Reflexologia: como restabelecer o equilíbrio energético**. 10. ed. São Paulo: Editora Pensamento. 2016.

LACERDA, R.A.; NUNES, B.K.; BATISTA A.O.; EGRY, E.Y.; GRAZIANO, K.U.; ANGELO, M.; et al. Evidence-based practices published in Brazil: identification and analysis of their types and methodological approaches. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, 2011.

LEE, M.; HAN, Y.; CHUNG, J.; CHOI, J. Effects of foot reflexology on fatigue, sleep and pain: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 41, n. 6, p. 821–833, 2011.

LI, C.Y.; CHEN, S.C.; LI, C.Y.; GAU, M.L.; HUANG, C.M. Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. **Midwifery**, v. 27, p. 181–186, 2011.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, 2008.

MOHAMED, M.A.; BANDRAWY, A.M.; GABR, A.A. Do foot reflexology and relaxation training decrease premenstrual symptoms in adolescent females. **Int J Physiother**, v. 3, n. 5, p. 522-528, 2016.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. Levels of evidence [Internet]. 2009. Disponível: <http://www.cebm.net/oxfordcentre-evidence-based-medicine-levels-evidencemarch-2009/> Acesso em: 25 jul 2017.

SAATSAZ, S.; REZAEI, R.; ALIPOUR, A.; BEHESHTI, Z. Massage as adjuvant therapy in the management of post-cesarean pain and anxiety: A randomized clinical trial. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v.24, p. 92-98, 2016.

SALME, D.; HOBRANI, P.; PARVIN, SALARI, P.; BANAFSHE, E. Fatigue in pregnancy associated with postpartum blues. **Journal of Woman**, v. 14, p. 07-15, 2014.

SHOBEIRI, F.; MANOUCHERI, B.; PARSA, P.; ROSHANAEI, G. Effects of counselling and sole reflexology on fatigue in pregnant women: a randomized clinical trial. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 11, n. 6, p. QC01-QC04, 2017.

SILVA, C.M.L.; GIGANTE, D.P.; CARRET, M.L.V.; FASSA, A.C.G. Population study of premenstrual syndrome. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 47-56, 2006.

SOUZA, L.; PITANGUI, A.C.R.; GOMES, F.A.; NAKANO, A.M.S.; HOMSI, C.; FERREIRA, J. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades*. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 6, p. 741-7, 2009.

SPERLING, S.G.; ROMAN, A.R.; GOMES, J.S.; PORTELLA, M.P.; KIRCHNER R.M.; STUMM, E.M.F. Perceived pain and stress in post-vaginal delivery women. **Rev Dor São Paulo**, v. 17, n. 4, p. 289-93, 2016.

TIRAN, P. **Reflexology in Pregnancy and Childbirth**. London: Churchill Livingstone, Elsevier, 2010.

SOBRE A ORGANIZADORA

MICHELLE THAIS MIGOTO Enfermeira Neonatal pelo Programa de Residência em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (2006-2012). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (2015-2016), cursando Doutorado Acadêmico no mesmo programa e participante do grupo de pesquisa TIS - Tecnologia e Inovação em Saúde. Desenvolve pesquisas na área de neonatologia e saúde pública com foco na Mortalidade Perinatal.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-115-2

