

cadernos de

CIÊNCIA & SAÚDE



FACULDADES
SANTO AGOSTINHO
Qualidade em Ensino Superior

VOLUME 3 . NÚMERO 2 . ANO 2013

CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE

EDITORIA CIENTÍFICA

Ludmila Mourão Xavier Gomes

EDITORES ASSOCIADOS

Carla Silvana Oliveira e Silva, Faculdades Santo Agostinho – FASA, Montes Claros – MG, Brasil

Lucinéia de Pinho, Faculdades Santo Agostinho – FASA, Montes Claros – MG, Brasil

CORPO EDITORIAL

Alba Idaly Muñoz Sánchez, Universidad Nacional de Colombia, Colômbia

Aline Oliveira Silveira, Universidade de Brasília - UnB, Brasília-DF, Brasil

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.

Angela María Salazar Maya, Universidad de Antioquia, Colômbia

Asunción Ors Montenegro, Universidad de Alicante, Espanha

Dulce Aparecida Barbosa, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo-SP, Brasil

Dulcinéia Ghizoni Schneider, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Brasil

Edinêis de Brito Guirardello, Unicamp-SP, Brasil

Joselany Áfio Caetano, Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-CE, Brasil

Heloísa de Carvalho Torres, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Kátia Conceição Guimarães Veiga, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil

María Guadalupe Moreno Monsiváis, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Maria Manuela Frederico Ferreira, Escola Superior de Enfermagem, Coimbra, Portugal

Nelcy Martínez Trujillo, Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Cuba

REVISÃO LINGÜÍSTICA

Nely Rachel Veloso Lauton

DIAGRAMAÇÃO

Projeto gráfico: Maria Rodrigues Mendes

Capa: Débora Torres

Cadernos de Ciência e Saúde / Faculdades Santo Agostinho. – Vol. 1, n. 1, - . -
Montes Claros : Faculdades Santo Agostinho , 2011-
v. : il. 28 cm.

Trimestral

Vol. 3, n. 2, 2013.

Organizadora: Ludmila Mourão Xavier Gomes.

ISSN 2236-9503

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Faculdades Santo Agostinho . II. Título

CDU: 61

Catálogo: Bibliotecário Edmar dos Reis de Deus - CRB 6-2486.



S U M Á R I O

EDITORIAL

- 5** INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE

ARTIGOS DE PESQUISA

- 7** AUTOMEDICAÇÃO DE CRIANÇAS EM PERÍODO ANTERIOR À INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA
- 15** FAMÍLIA E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A VISÃO DAS JOVENS ABRIGADAS
- 27** APLICAÇÃO DO GUIA CIDADE AMIGA DO IDOSO EM MUNICÍPIO DA ZONA RURAL DO SUL DO BRASIL
- 35** VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRABALHO GRAVE ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA
- 45** AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS SOBRE O TOQUE RETAL
- 57** PERFIL E PERCEPÇÕES DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO II: UMA ABORDAGEM SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE DO HOMEM
- 67** INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO SÍTIO VASCULAR POR CATETER DUPLO-LÚMEN EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO EM UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA

ARTIGO DE REVISÃO

- 75** LIMITAÇÕES NA ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ARTIGO DE REFLEXÃO TEÓRICA

- 87** A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NO BRASIL E A SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM: ASPECTOS HISTÓRICOS

ARTIGO DE RELATO DE EXPERIÊNCIA

- 97** CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

- 103** INSTRUÇÕES AOS AUTORES

INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE

Thiago Luis de Andrade Barbosa¹

O trabalho interdisciplinar tem se tornado uma preocupação cada vez mais constante no campo da atenção à saúde, tendo em vista a complexidade das interações entre os diversos saberes. Entretanto, a temática da interdisciplinaridade ainda é escassa, no que se refere ao aprofundamento como relação entre a teoria e a prática. Historicamente, essa questão tem resultado na inquietação em torno da busca de um conhecimento integrado, já demonstrado desde a época clássica dos grandes filósofos, como Aristóteles e Platão, com maior intensidade no século XX. Em um nível mais complexo, isso quer dizer o conhecimento resultante de um grupo de disciplinas conexas num nível hierárquico imediatamente superior, enquanto finalidade, coordenadas por princípios e objetivos comuns.

Diante dessa perspectiva, para melhor compreensão da interdisciplinaridade, é importante se entender a disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. A disciplina representa qualquer área do campo científico que depende da interação com outras em diferentes níveis. A disciplinaridade seria, pois, a exploração científica de determinado domínio de estudo. No nível da multidisciplinaridade, as relações se dariam num só nível e com múltiplos objetivos, uma associação ou justaposição de disciplinas que abordam um mesmo objeto sob diversos pontos de vista. É comumente observada em congressos e seminários, onde vários especialistas se encontram para discutir um assunto sob diversos ângulos. Contudo, não se verifica uma integração interdisciplinar. Na pluridisciplinaridade, além da associação entre os saberes, estabelecem-se algumas relações entre disciplinas no mesmo nível. Como exemplo, pode-se pensar o diagnóstico de saúde de uma comunidade onde trabalham epidemiologistas, médicos e enfermeiros. Por fim, a transdisciplinaridade seria o último estágio a ser atingido onde não existiriam as fronteiras entre as disciplinas (TRIBARRY, 2003).

Considerando a complexidade desses termos, é necessário apresentar algumas considerações sobre a interdisciplinaridade. Como definição, consiste na integração de duas ou mais áreas na construção de conhecimento. Significa ainda conciliar conceitos pertencentes às diversas áreas do conhecimento a fim de promover avanços com a produção de novos conhecimentos ou mesmo de novas subáreas. Além do que, existe a própria superação das fronteiras disciplinares. Como exemplo, o trabalho em equipe de saúde, na interdisciplinaridade, as ações seriam planejadas em função das necessidades do grupo populacional a ser atendido e não se limitaria às definições apriorísticas de papéis de cada profissional (WANDERLEY, 2013).

Em outro ponto, vale ressaltar ainda que a pesquisa sobre interdisciplinaridade ainda é muito recente nas diversas áreas do conhecimento. Na saúde, esse fato não é diferente e se mostra de forma mais contundente pela complexidade do objeto. O processo de trabalho

¹ Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

nela realizado carece de uma integração mais profunda entre os diversos profissionais inseridos. Em boa parte da história da saúde, tem-se verificado o fato de o modelo médico hegemônico ter bloqueado uma visão holística do ser humano. Isso porque tal modelo foi estruturado a partir de desenvolvimento de procedimentos médicos e dos interesses corporativos em detrimento das necessidades de saúde da população. Nesse sentido, o saber médico acabou por sintonizar o trabalho de outros profissionais da equipe de saúde.

Apesar de o processo de trabalho em saúde vir operando, ao longo do tempo, na conformação do modelo médico hegemônico, o rompimento da visão fragmentada do conhecimento tem sido o lugar de crescimento da interdisciplinaridade. A evocação do trabalho interdisciplinar é antiga, contudo sua adoção ainda se faz, sendo cada vez mais necessária no campo da atenção à saúde, tendo em vista a complexidade do processo de adoecer humano e a ampliação do seu campo de interdependência. Entretanto, na prática, é possível perceber duas tendências que se apresentam contraditórias no que tange à interdisciplinaridade. De um lado, tem se percebido a busca de uma especialização e consequente fragmentação do saber expressa na multiplicação de disciplinas nas universidades e centros de pesquisa e nas explicações sempre mais especializadas e parciais sobre a realidade. Do outro lado, o reconhecimento de cientistas, pesquisadores, intelectuais e profissionais das mais diversas áreas sobre a necessidade de atravessar as estreitas fronteiras disciplinares e construir um diálogo interdisciplinar como forma de superar os efeitos negativos dessa fragmentação é crescente e inegável (GARCIA *et al.*, 2007).

Por fim, para construção de um trabalho interdisciplinar na saúde, é imprescindível a definição dos pontos em comum das disciplinas científicas para que se possa obter uma integração mais profunda entre elas. A unificação ou síntese de conhecimentos científicos ou do estabelecimento de uma linguagem interdisciplinar que seja construída entre os pesquisadores e profissionais de forma consensual. A troca profunda entre disciplinas, onde instrumentos, métodos e esquemas conceituais possam vir a ser integrados. A necessidade de intervenções concretas diante dos problemas da sociedade das demandas de saúde conduz ao questionamento sobre a capacidade das disciplinas isoladas ou saberes compartimentalizados fornecerem respostas às demandas potenciais e reais.

REFERÊNCIAS

GARCIA, M.A.A.; PINTO, A.T.B.C.S.; ODONI, A.P.C.; LONGHI, B.S.; MACHADO, L.I.; LINEK, M.D.S.; COSTA, N.A. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 147-155, 2007.

TRIBARRY, I.N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 483-490, 2003.

WANDERLEY; L.E.W. Realismo utópico: o público e o intertransdisciplinar. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p.121-132, 2013.

AUTOMEDICAÇÃO DE CRIANÇAS EM PERÍODO ANTERIOR À INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA

Assis do Carmo Pereira Júnior¹, Paulo Celso Prado Telles Filho², Fabiana Rocha de Meira³

RESUMO: A automedicação consiste na seleção e utilização de medicamentos isentos de prescrição para tratar de patologias, fazendo parte do processo de autocuidado. A gravidade da prática da automedicação é ressaltada quando se analisa que o uso racional de um medicamento começa pela qualidade do produto que se está administrando, passando pela indicação terapêutica que está intimamente relacionada a um diagnóstico preciso e a posologia que considera o diagnóstico e as características individuais de cada indivíduo. Este estudo objetivou proceder a uma identificação e análise acerca dos medicamentos, conhecimento, motivos e justificativas dos pais em relação aos medicamentos autoadministrados às crianças, no período anterior à internação em uma unidade pediátrica hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido em um hospital do interior de Minas Gerais, com 50 pais das crianças, na faixa etária de zero a cinco anos, em período anterior à internação, nos meses de junho e julho de 2013, através de uma entrevista, com aplicação de um formulário. O estudo deu-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número de protocolo 2770/2011. Destacaram-se a autoadministração dos medicamentos Dipirona, Paracetamol, Amoxicilina e Meleato de dexclorfeniramina, os conhecimentos errôneos seguidos dos conhecimentos parciais, a hipertermia, inflamação de garganta e dor como motivo e o fato de já estarem acostumados a autoadministrar como justificativa. Evidenciou-se, pois, a necessidade de implementar estratégias sobretudo de cunho educativo, objetivando a conscientização dos malefícios provocados pela prática da automedicação, a fim de aumentar a segurança das crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Automedicação; Criança; Sistemas de medicação; Enfermagem.

SELF MEDICATION OF CHILDREN IN PRE-HOSPITAL UNIT IN A PEDIATRIC

ABSTRACT: Self-medication is the selection and use of free drug prescription drugs to treat diseases as part of the self-care process. The severity of self-medication is underscored when considering that the rational use of a drug begins with the quality of the product that is administering, through therapeutic indication that is closely related to an accurate diagnosis and dosage which considers the diagnosis and individual characteristics of each individual. This study aimed to carry out an identification and analysis about the medicines, knowledge, motives and justifications of parents in relation to self-administered medications to children in the period prior to admission to a pediatric hospital. This is a descriptive study conducted in a hospital in Minas Gerais, with 50 parents of children aged zero to five years, in a period within the hospital, in the months of June and July, 2013, through an interview with an application form. The study took place after the approval of the Research Ethics Committee under protocol number 2770/2011. Stood out self-administration of drugs Dipyrone, Paracetamol, Amoxicillin and Meleato of dexchlorpheniramine, followed erroneous knowledge of partial knowledge, hyperthermia, sore throat and pain as the reason and the fact that they are already accustomed to self-administer as justification. It was evident, therefore, the need to implement strategies mainly educative, aiming to raise awareness of the harm caused by self-medication, in order to increase the safety of children.

KEYWORDS: Self medication; Child; Medication system; Nursing.

¹ Enfermeiro. Mestrando e Professor Substituto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Enfermeiro Supervisor do Hospital Nossa Senhora da Saúde, Diamantina, Minas Gerais, Brasil. E-mail: assisdocarmo@yahoo.com.br

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo. Professor Adjunto IV do Departamento de Enfermagem da UFVJM. Rua Prof. Paulino Guimarães Júnior, n.160/apto 03. Bairro: Centro. Diamantina, Minas Gerais, Brasil. Email: ppradotelles@outlook.com

³ Acadêmica do 8º Período de Enfermagem da UFVJM. Diamantina, Minas Gerais, Brasil. Email: frochademeira@yahoo.com.br
Recebido em: 20/02/2013 . Aceito em: 18/03/2013

INTRODUÇÃO

A prática medicamentosa tem fundamental importância no contexto global do cuidado à saúde, como fator determinante de resultados no universo social, econômico e cultural, nos diversos segmentos da sociedade. Contudo, a maneira como é realizada é motivo de grande preocupação por parte dos órgãos públicos envolvidos com a saúde (WANDERLEY *et al.*, 2010).

Cotidianamente, depara-se com erros de medicação, sejam eles de prescrição, dispensação, armazenamento, diluição ou administração. Entende-se que esses aspectos não estão somente relacionados a equipe de enfermagem, mas também a autonomia dos pais em autoadministrar medicamentos não prescritos, acarretando prejuízos como gastos supérfluos, atrasos no diagnóstico e na terapêutica adequadas, reações adversas ou alérgicas, intoxicação e envenenamento (JORDÃO *et al.*, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a automedicação consiste na seleção e utilização de medicamentos isentos de prescrição para tratar de patologias, fazendo parte do processo de autocuidado. Dessa forma se caracteriza como a utilização de medicamentos por conta própria ou por indicação de pessoas não habilitadas, para tratamento de doenças cujos sintomas são percebidos pelo usuário e/ou responsável, sem avaliação prévia de um profissional de saúde (WHO, 1998).

Há de se destacar também que o consumo de medicamentos pode ser considerado um indicador indireto de qualidade dos serviços de saúde, sendo que as crianças representam um grupo fortemente predisposto ao uso irracional de medicamentos prescritos ou não. As motivações para a automedicação em crianças se relacionam à busca dos pais pelo alívio de sintomas como hipertermias e dores em geral. Entretanto, muitas vezes, os mesmos possuem informações insuficientes e/ou incongruentes sobre os medicamentos, mas, ainda assim, adotam a automedicação

em seus filhos (PFAFFENBACH, 2010).

Existe uma tendência em se administrar medicamentos indiscriminadamente, como os antitussígenos ou antigripais, assim como o hábito de ter a “farmácia caseira”, aumentando sobremaneira a ocorrência da prática da automedicação. A variação das consequências para as crianças é ampla e pode, inclusive, levar ao óbito, pois alguns fármacos possuem efeitos colaterais severos, existindo ainda a possibilidade de ocorrer interações medicamentosas, as quais podem causar a perda do efeito ou até potencializar a ação de outro fármaco (TOURINHO *et al.*, 2008).

Os pais necessitam ainda atentar-se para não facilitar o acesso das crianças aos medicamentos. Comprimidos coloridos e líquidos atraentes chamam a atenção das crianças, por isso o cuidado deve ser redobrado, nunca associando um medicamento a balas ou doces. A criança pode associá-los e desejar fazer o uso do fármaco indevidamente. É prudente que os pais expliquem que o medicamento é recomendado para que a criança melhore, atentando-se para o nível de compreensão e desenvolvimento da mesma (PEREIRA *et al.*, 2007).

A gravidade da prática da automedicação é ressaltada quando se analisa que o uso racional de um medicamento começa pela qualidade do produto que se está administrando, passando pela indicação terapêutica que está intimamente relacionada a um diagnóstico preciso e a posologia que considera o diagnóstico e as características individuais de cada indivíduo. No entanto ao realizar a autoadministração essas etapas são ignoradas ou negligenciadas, ampliando o risco do surgimento de iatrogenias e agravos a saúde das crianças (LIMA *et al.*, 2010).

A utilização de receitas anteriores, modificação da prescrição do profissional, prolongando ou interrompendo precocemente a dosagem e o período de tempo indicados na receita, potencializa os riscos de um tratamento com eficácia não comprovada e de para-efeitos não avaliados,

bem como expõe as crianças ao desenvolvimento de resistência bacteriana, reações adversas aos medicamentos utilizados, mascarando doenças graves, alterando o comportamento infantil e prejudicando o processo de crescimento e desenvolvimento (PFAFFENBACH, 2010).

Justifica-se portanto o presente estudo, pois, acredita-se que a identificação e análise acerca dos medicamentos, conhecimento, motivos e justificativas dos pais, em relação aos medicamentos autoadministrados às crianças possa subsidiar projetos de intervenção e programas de capacitação com objetivo de potencializar a compreensão dos pais a respeito dos mesmos, bem como da gravidade da automedicação em crianças, tendo como consequência uma possível diminuição ou eliminação da mesma.

O objetivo do estudo foi proceder a uma identificação e análise acerca dos medicamentos, conhecimento, motivos e justificativas dos pais em relação aos medicamentos autoadministrados às crianças, no período anterior a internação em uma unidade pediátrica hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, ou seja, aquele que visa determinar a distribuição de condições relacionadas à saúde, segundo tempo, lugar e/ou características do indivíduo ou fenômeno (COSTA; BARRETO, 2003).

O estudo foi desenvolvido em uma unidade pediátrica de um hospital localizado no interior do Estado de Minas Gerais, uma instituição filantrópica de saúde que faz parte do Sistema Único de Saúde e constitui campo de prática para os cursos da saúde de uma Universidade Federal. É considerado centro de referência para as cidades da região e oferece atendimento pediátrico ambulatorial e de internação, a fim de suprir as necessidades de toda área de abrangência.

Fizeram parte do estudo os pais das crianças entre a faixa etária de zero a cinco

anos, internadas na unidade referida, em período de junho a julho de 2013 atingindo o quantitativo de 50 indivíduos. Essa data se deu a contar da aprovação do estudo pela direção hospitalar, bem como pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o número de protocolo: 2770/2011.

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista, com aplicação de um formulário adaptado de Barros *et al.*, 2009, constituído de dados de identificação e referentes a automedicação: “Quais medicamentos você dá para sua criança sem prescrição?”, “Em relação a esses medicamentos, o que você conhece?”, “Por quais motivos?” e “Quais as justificativas para a automedicação?”.

A discussão foi baseada em artigos nacionais e internacionais atualizados sobre a temática e deu-se através da análise descritiva.

Vale ressaltar que os participantes receberam explicações sobre o estudo e somente participaram os indivíduos que assim concordaram, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Participação em Pesquisa. Os aspectos éticos de confiabilidade e privacidade foram assegurados de acordo com a Resolução nº 196/96, sobre pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996).

RESULTADOS

Em relação aos dados de identificação das crianças tem-se que 29 (58%) são do gênero masculino e 21 (42%) feminino. Tem-se também que 4 (8%) possuíam menos de um ano de idade, 7 (14%) um ano, 10 (20%) dois anos, 9 (18%) três anos, 10 (20%) quatro anos e 10 (20%) cinco anos de idade.

Em relação aos pais, no que se refere às profissões 18 (36%) são funcionários domésticos. Profissões como manicure, assistente administrativo, pedagogo, cabeleireiro e contador registraram-se 1 (2%) respectivamente. Camareira, agente

comunitário de saúde, cozinheiro e técnico em enfermagem com 2 (4%) respectivamente. Professor, faxineira e estudante com 3 (6%) cada, trabalhador rural e vendedor com 5 (10%) cada.

Em relação à renda, 7 (14%) apresentaram renda menor que um salário mínimo, 20 (40%) um salário mínimo, 13 (26%) dois salários, 7 (14%) três salários, 2 (4%) quatro salários e 1 (2%) cinco salários. Em relação ao nível de escolaridade 16 (32%) possuem o ensino fundamental, 29 (58%) o ensino médio e 5 (10%) o ensino superior.

No que diz respeito à automedicação propriamente dita, o medicamento Dipirona foi registrado com um quantitativo de 25 (50%), seguido pelo Paracetamol 19 (38%), Amoxicilina 8 (16%), Maleato de dexclorfeniramina 8 (16%), Xarope expectorante 3 (6%), Sulfametoxazol e Trimetoprima 2 (4%), Prednisona 1 (2%) e Nimesulida 1 (2%), totalizando 8 medicamentos, utilizados 67 (134%) vezes.

Justifica-se a percentagem de 134, uma vez que são administradas mais de uma medicação a cada criança, o que nos remete a interação medicamentosa, que pode potencializar os efeitos terapêuticos, reduzir a eficácia, contribuir para graus distintos de reações adversas ou, ainda, não provocar o efeito desejado.

Quanto ao conhecimento a respeito dos medicamentos autoadministrados as seguintes falas foram direcionadas ao medicamento Dipirona: “Sei que para a febre, mas não é bom ficar dando que acelera o coração”, “Tira a febre. Mais eu não sei não!”, “É analgésico”, “Não entendo nada de remédio não”, “Dei mesmo porque ele estava com dor de barriga”, “Serve para dor de cabeça e dor em geral” e “É para sarar os sintomas da febre e da dor de garganta”. Ao Paracetamol: “Sei que é bom para para a dor e febre”, “Não sei nada sobre o remédio não”, “Ele é antiinflamatório”, “Ele é bom para baixar a febre” e “Tira a dor dela, mas demora muito”. Prednisona: “Ajuda meu filho a respirar melhor”, “Ele é muito bom para alergia” e “É uma maravilha para tirar a

inflamação, a tosse e febre”. Sulfametaxazol e Trimetoprima: “Ele toma esse remédio e para de queixar da dor” e “Não conheço nada dele não”. Maleato de dexclorfeniramina: “Para tirar a dor e a tosse ele é uma maravilha”, “Ele para de tossir e fica mais calmo”, “Sei que ele é muito bom como anti-alérgico” e “Melhora bastante a alergia”. Amoxicilina: “Tira a tosse toda”, “Ele é muito bom para matar as bactérias” e “Melhora bastante a garganta dele”. Xarope expectorante: “É bom para aliviar a tosse” e “Tira a dor do corpo dele”. Nimesulida: “Sei que ele é muito bom para aliviar a vermelhidão da garganta” e “Sei que serve para a bronquite e diminuir um pouco a alergia”.

Vale ressaltar que observando a diversidade e gravidade dos itens descritos, verificou-se a necessidade de categorizá-los de acordo com “conhecimentos errôneos”, somando 27 (54%), “conhecimentos parciais” 14 (28%) e conhecimentos corretos” com 9 (18%).

É extremamente grave a detecção que antibióticos e bactericidas sejam autoadministrados sem o conhecimento das indicações de uso, da patologia e sintomatologia, como foi observado nas falas “Não conheço nada dele não” e “Ele toma esse remédio e para de queixar da dor”. O conhecimento errôneo também foi observado quando se faz uso de antibiótico para sintomatologias não específicas, como observado através do relato “Tira a tosse toda”. O uso de analgésicos e antitérmicos de maneira indiscriminada, também foi observado “Dei mesmo porque ela estava com dor de barriga” e “O paracetamol tira a dor dela, mais demora muito”.

Os conhecimentos parciais são observados no uso de nimesulida como nas falas “Sei que serve para a bronquite e diminui um pouco a alergia”, assim como no uso do medicamento maleato de dexclorfeniramina “Para tirar a tosse ele é uma maravilha”.

Embora não seja apropriada a automedicação, se observou que houve conhecimentos corretos, como no registro

para uso de antibióticos “Ele é muito bom para matar as bactérias”, medicamentos antialérgicos “Sei que ele é muito bom como antialérgico” e analgésicos “É analgésico”.

Quanto aos sintomas e/ou patologias, a hipertermia apresenta 30 (60%) entre os motivos. Seguidos da inflamação de garganta e dor com 9 (18%) cada, alergia e bronquite 5 (10%) cada, nascimento de

dentes, dor de cabeça e gripe 4 (8%) respectivamente, dor de ouvido 2 (4%), dor de barriga, asma, pneumonia, tosse e vômito 1 (2%) cada. Nota-se que foram utilizadas as expressões para descrever os sinais, sintomas e patologias, tais quais como afirmadas pelos entrevistados.

No que diz respeito às justificativas para a automedicação, segue-se a Tabela 1.

Tabela 1 - Justificativas para a administração de medicamentos às crianças, sem prescrição médica, pelos pais ou responsáveis. Diamantina-MG, 2013

Justificativa	Quantitativo	%
Já está acostumado autoadministrar	13	26
O medicamento não necessita de receita	9	18
Demora no atendimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	6	12
O médico já receitou anteriormente	6	12
Ausência de médico na ESF	5	10
Orientação do farmacêutico	4	8
Não justificaram	7	14
Total	50	100

É bastante preocupante a detecção que 13 (26%) fazem uso da automedicação com a justificativa “já está acostumado administrar”, seguido por 9 (18%) relatando “o medicamento não necessita de receita”. Essas falas demonstram o desconhecimento dos pais ou responsáveis acerca dos efeitos colaterais, posologia e contra indicações dos medicamentos.

As demais justificativas embora com menor quantitativo, ressaltam as dificuldades de atendimento nas Unidades de Saúde, além da prática errônea de utilização da mesma receita para outros episódios patológicos.

DISCUSSÃO

No que concerne aos dados de identificação, o presente estudo foi semelhante ao estudo realizado por Pereira et al. (2007), no qual a automedicação

registrou-se em 57% do quantitativo, destacando-se maior incidência em crianças menores de 7 anos. Achado similar foi encontrado em estudo nos municípios do Pará e Piauí, que ressalta a faixa etária de zero a cinco anos com maior probabilidade de ser automedicada (GOULART *et al.*, 2012).

Em relação a renda mensal, Santos; Coelho (2004) mostraram que quanto maior a renda, maior foi a autonomia dos pais para a tomada de decisões e automedicar. Dessa maneira nota-se a influência que as condições econômicas provocam sobre as práticas errôneas da automedicação, alavancando riscos à saúde das crianças. Todavia, o presente estudo não sustenta tal hipótese, visto que a incidência da autoadministração não apresentou relação com a renda mensal.

Em relação a escolaridade Carvalho *et al.* (2008) verificaram que 43% dos pais

que realizam autoadministração possuem menor grau de instrução. Tal relação não foi encontrada no presente estudo.

No que concerne à distribuição da autoadministração, vale destacar que os analgésicos e antitérmicos foram os medicamentos não-prescritos mais consumidos na comunidade estudada, fato semelhante ao encontrado por Tourinho *et al.* (2008), o qual destacou que em relação aos medicamentos presentes nas residências, os analgésicos foram os mais encontrados. No estudo de Barros *et al.* (2009) ressalta-se que em famílias numerosas existe maior incidência da automedicação com analgésicos e antitérmicos, provavelmente devido ao fato de outros indivíduos que a compõem apresentarem situações de saúde semelhantes, motivando a seleção dessa alternativa terapêutica.

Margonato *et al.* (2008), em estudo realizado em farmácias, também com o objetivo de avaliar a prática da automedicação em crianças, verificou-se que a procura pelos pais são relacionadas a antitérmicos, antiinflamatórios e antibióticos.

Em estudo com crianças de até dois anos de idade, a utilização de analgésicos apresentou um aumento em função da idade, atingindo 26% (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Esse resultado é preocupante, visto que o uso de desses medicamentos em crianças com infecções virais pode desencadear efeitos colaterais e/ou processos alérgicos. Estudo semelhante aponta que 20 a 30% das consultas pediátricas têm a febre como queixa principal. Mesmo que na maioria das vezes, a febre seja a primeira manifestação das infecções virais, a presença dela é temida, pois pode ser também o primeiro sinal de doenças graves (MURAHOVSKI, 2003).

Os antitérmicos estão entre os fármacos mais utilizados em crianças e são comumente causas de intoxicação e reações adversas, em geral por erro na administração de dose ou intervalo ou por interação medicamentosa (BRICKS, 2006).

Em relação ao conhecimento a respeito dos medicamentos, Barros *et al.*

(2009) demonstram que o desconhecimento acerca dos medicamentos não se torna um empecilho para a prática da automedicação. Diante do exposto faz-se necessário uma intervenção educativa junto aos pais e/ou responsáveis ressaltando os riscos, aos quais as crianças estão expostas como a superdosagem, intoxicação e reações adversas.

O presente estudo, apresentou resultado concordante com Margonato *et al.* (2008), que verificou que apenas 46,6% dos entrevistados responderam corretamente sobre os medicamentos autoadministrados. Salienta-se que ao iniciar um tratamento, além da importância do medicamento, importa também a informação fornecida sobre o mesmo, bem como o conhecimento de possíveis efeitos colaterais ou doses iatrogênicas, para que não cause danos à saúde de quem o for utilizar.

Quanto aos motivos, em estudo conduzido com crianças no município de Limeira e Piracicaba, no estado de São Paulo, observou-se que as principais situações de saúde que motivaram a automedicação foram tosse, resfriado comum, gripe, congestão nasal ou broncoespasmo (17,2%); febre (15%) e cefaléia (14%) (PEREIRA *et al.*, 2007). Tais informações mostram-se em consonância com o estudo ora apresentado. No estudo de Ramos *et al.* (2005), a morbidades mais frequentes nas crianças de até um ano de idade, para as quais evidencia-se o hábito de automedicar referem-se às doenças respiratórias, diarreia, problemas dermatológicos e doenças infecciosas. As mesmas patologias foram as mais prevalentes nas crianças de um a quatro anos; entretanto, aumentou a frequência das doenças infecciosas.

Quanto as justificativas para a prática da automedicação, Cancelier *et al.* (2006), encontraram que 42,4% dos entrevistados utilizaram conhecimentos anteriores para administrarem os medicamentos e 32,4% recorrem a farmacêuticos.

Alguns fatores como a praticidade aliados à comodidade e à busca pelo alívio

imediatos dos sintomas, incentiva a automedicação, muitas vezes justificada pela facilidade de dirigir-se à farmácia e adquirir um medicamento em comparação ao agendamento de uma consulta para a mesma finalidade (NAVES *et al.*, 2010).

Evidencia-se a necessidade de conscientizar os pais sobre o real papel da automedicação no tratamento dos problemas de saúde, visto que, em muitos casos, pode comprometer a saúde da criança. Ressalta-se também, a necessidade de políticas públicas para a definição de intervenções e estratégias de promoção de saúde, visando à prevenção da automedicação, evitando os riscos às crianças.

CONCLUSÃO

Neste estudo procedeu-se à identificação e análise dos medicamentos, conhecimento, motivos e justificativas dos pais em relação aos medicamentos autoadministrados às crianças, ressaltando-se, a gravidade da situação verificada no período anterior à internação.

Evidenciou-se, pois, a necessidade de implementar estratégias sobretudo de cunho educativo, objetivando a conscientização acerca dos malefícios provocados pela prática da automedicação, a fim de aumentar a segurança das crianças.

Acredita-se também que é de fundamental importância a participação da equipe de enfermagem na conscientização destes pais em relação à automedicação e suas graves consequências.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

O autor Assis do Carmo Pereira Júnior responsabilizou-se pela concepção e planejamento do projeto de pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do manuscrito. O autor Paulo Celso Prado Telles Filho responsabilizou-se pela concepção e planejamento do projeto de pesquisa, redação e revisão do manuscrito. A autora Fabiana Rocha de

Meira, responsabilizou-se pela revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS

BARROS, A.R.R.; GRIEP, R.H.; ROTENBERG, L. Self-medication among nursing workers from public hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 1015-1022, 2009.

BRICKS, L.F. Tratamento de febre em crianças. **Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 155-158, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro 1996. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 196, Brasília, v. 17, n. 1 p. 33-41, 1996.

CANCELIER, A.C.L.; KUTO, T.K. ; PIZZOL, F. D. Automedicação em crianças com Rinofaringite Aguda. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 2, p. 35-40, 2006.

CARVALHO, D. C.; TREVISOL, F. S.; MENEGALI, B. T.; TREVISOL, D. J. Drug utilization among children aged zero to six enrolled in day care centers of Tubarão, Santa Catarina, Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 3, p. 238-244, 2008.

COSTA, M. F. L.; BARRETO S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

GOULART, I.C. *et al.* Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, n. 2, p. 165-172, 2012.

- JORDÃO, M. M. *et al.* Tecnologias utilizadas pela enfermagem na prevenção de erros de medicação em pediatria. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 147-150, 2012.
- LIMA, G.B.; NUNES, L.C.C.; BARROS, J.A.C. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3517-3522, 2010.
- MARGONATO, F.B.; THOMSON, Z.; PAOLIELLO, M.M.B. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 333-341, 2008.
- MURAHOVSKI, J. A criança com febre no consultório. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, p. 55-64, 2003.
- NAVES, J.O.S. *et al.* Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1751-1762, 2010.
- OLIVEIRA, E.A. *et al.* Uso de medicamentos do nascimento aos dois anos: coorte de nascimentos de Pelotas, RS, 2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 591-600, 2010.
- PEREIRA, F.S.V.T. *et al.* Automedicação em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 5, p. 453-458, 2007.
- PFÄFFENBACH, G. Automedicação em crianças: um problema de saúde pública. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 260-201, 2010.
- RAMOS, C.L.J.; TARGA, M.B.M.; STEIN, A T. Perfil das intoxicações na infância atendidas pelo Centro de informação Toxicológico do Rio Grande do Sul (CIT/RS), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1134-1141, 2005.
- SANTOS, D. B.; COELHO, H. L. L. Reações adversas a medicamentos em pediatria: uma revisão sistemática de estudos prospectivos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 4, p. 341-349, 2004.
- TOURINHO, F.C.V. *et al.* Home medicine chests and their relationship with self-medication in children and adolescents. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 5, p. 416-422, 2008.
- WANDERLEY, V.E. ; MAIA, J.A.; VILELA, R.Q.B. A prescrição medicamentosa ambulatorial no internato: formação e prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 216-226, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The role of the pharmacist in self-care and self-medication.** Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/>>. Acesso em: 29 maio 1998.

FAMÍLIA E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A VISÃO DAS JOVENS ABRIGADAS¹

Lucia Helena Garcia Penna²; Joana Iabrudi Carinhanha³; Vilma Villar Martins⁴; Gleice da Silva Fernandes⁵; Valéria Aliprandi Lucido⁶; Liana Viana Ribeiro⁷

RESUMO: Introdução: As adolescentes em situação de abrigo estão afastadas de suas famílias e seus laços sociais familiares geralmente encontram-se fragilizados ou esgarçados, configurando uma característica peculiar: podem encontrar-se acolhidas em abrigos, ser ou tentar serem re-inseridas na família, ou ainda, optar por viver nas ruas. Objetivos: descrever a visão das mães adolescentes abrigadas sobre sua família e compreender a influência desse contexto familiar em seu processo vital, com vistas à discussão dos diversos aspectos que permeiam o estabelecimento de uma estrutura de apoio à maternidade dessas jovens. Método: Pesquisa exploratória, qualitativa com 10 mães adolescentes acolhidas em dois abrigos municipais do Rio de Janeiro. Realizaram-se grupos focais e os dados foram interpretados utilizando análise de conteúdo. Resultados: Evidenciaram-se duas categorias: “Interfaces entre configuração, apoio e vínculo familiar” e “Fatores que comprometem os laços familiares”. Os vínculos familiares fragilizados e a violência vivida foram apontados como elementos desestabilizadores da família, restringindo o apoio familiar e a reinserção da adolescente nesse contexto. Conclusão: O desejo das adolescentes de serem mães está associado à possibilidade de recuperar ou constituir a rede de apoio que a família deveria compor. A família foi apontada como elemento fundamental na estrutura de apoio à maternidade devendo ser valorizada no contexto dos abrigos e serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente institucionalizado; Gravidez na adolescência; Família; Adolescente.

FAMILY AND MOTHERHOOD IN ADOLESCENCE: THE VISION OF YOUNG WOMEN SHELTERED

ABSTRACT: Introduction: Adolescents living in shelters are away from their families and familiar social ties usually are weakened or frayed, setting a peculiar feature: they may find themselves accommodated in shelters, or try to be re-inserted in the family, or still choose to live on the streets. Aims: to describe the view of teenager mothers sheltered about their family and understand the family context influence on the vital process of sheltered teenagers, in order to discuss the establishment of maternity support structures. Method: It was an exploratory and qualitative research with 10 sheltered girls in two municipals shelters in Rio de Janeiro. Focus groups were realized and the produced data were interpreted by content analysis. Results: Showed two categories: “Interfaces between configuration, support and family ties” and “Factors that undermine family ties”. Family ties weakened and violence experienced in this environment have been identified as destabilizing elements of the family, restricting family support and their reintegration in this context. Conclusion: The desire of teenagers to become mothers is associated with the possibility to recover or be a support network that the family should make. The family was identified as key element in the structure to support these young motherhood, it should be valued in the context of shelter and health services.

KEYWORDS: Adolescent, institutionalized; Pregnancy in adolescence; Family; Adolescent.

¹ Este estudo é resultado do projeto financiado pelo CNPq, intitulado “Análise da estrutura de apoio de adolescentes abrigadas”.

² Doutora em saúde da mulher e da criança. Professora Adjunta do Departamento Materno-infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail: luciapenna@terra.com.br

³ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Professora Substituta do Departamento Materno-infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Enfermeira do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail: iabrudi@yahoo.com

⁴ Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: vilmavillar@ig.com.br

⁵ Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: gleicefernandesrj@gmail.com

⁶ Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail: val.aliprandi@gmail.com

⁷ Enfermeira, Mestranda da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail: liana_vian@hotmail.com

Recebido em: 10/02/2013 . Aceito em: 28/04/2013

INTRODUÇÃO

A história pessoal de institucionalização aliada à relação conflituosa com a família pode influenciar no manejo das dificuldades inerentes a maternidade de adolescentes abrigadas, tanto no sentido de evitá-la quanto de cuidá-la quando esta se tornar um fato. Nesse contexto, configura-se como objeto desse estudo: a visão das jovens mães adolescentes abrigadas sobre a relação de sua família com o processo de sua maternidade.

A família é o primeiro cenário no qual o ser humano em desenvolvimento interage e entra em contato com os papéis sociais, atividades e diferentes tipos de relacionamentos (ANTONI; KOLLER, 2000). É um espaço privilegiado para viabilizar a tolerância, socialização, a construção de valores éticos, assim como o exercício da cidadania sob parâmetro de igualdade, respeito e de direitos humanos.

Fatores do contexto familiar e os vínculos conflituosos marcados pela fragilidade ou ruptura ocupam lugar de destaque entre as causas de afastamento do convívio familiar pelas adolescentes em situação de abrigo. Essas famílias, geralmente, são vulneráveis nos mais variados sentidos: material, emocional, cognitivo, intelectual, econômico, social (CARINHANHA; LEITE; PENNA, 2008).

As adolescentes em situação de abrigo estão afastadas de suas famílias e seus laços sociais familiares geralmente encontram-se fragilizados ou esgarçados, configurando uma característica peculiar: podem encontrar-se acolhidas em abrigos, ser ou tentar serem re-inseridas na família, ou ainda, optar por viver nas ruas (CARINHANHA, 2005; GONTIJO e MEDEIROS, 2008). Além deste aspecto, destacam-se as vulnerabilidades relacionadas aos aspectos psicossociais e os agravos à saúde física.

A fragilidade psicossocial pode ser agravada com a carência de um lar seguro, que possibilite o desenvolvimento afetivo e formador de vínculos como estrutura de apoio

para as dificuldades enfrentadas na transição para fase adulta. A família deveria atuar como estrutura social capaz de dar suporte e assumir o papel de referência para a adolescente. A vulnerabilidade aos agravos à saúde física da adolescente abrigada manifesta-se no uso abusivo de drogas psicoativas, agressão física, relação sexual desprotegida, assim como a gravidez precoce (PENNA, CARINHANHA e LEITE, 2009).

A gravidez precoce e não planejada pode favorecer situação de conflito intrafamiliar em função das adolescentes não terem suporte físico e emocional consolidado. A família pode assumir postura de rejeição, críticas, punições frente à realidade da maternidade, o que fragiliza os laços familiares. A temática da gravidez na adolescência tem despertado o interesse de muitos pesquisadores ao longo dos anos. Entretanto, torna-se necessário um estudo que aborde a relação da adolescente grávida em situação de abrigo com a instituição social – família, visto que esse grupo possui diversas vulnerabilidades relacionadas ao seu contexto social e familiar, que impactam diretamente a saúde pública (RANGEL; QUEIROZ, 2008).

Considerando os direitos de Atenção à Saúde da Mulher e da Adolescente buscou-se descrever a visão das mães adolescentes abrigadas sobre sua família e compreender a influência desse contexto familiar em seu processo vital, com vistas à discussão dos diversos aspectos que permeiam o estabelecimento de uma estrutura de apoio à maternidade destas jovens.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada em dois dispositivos de abrigo da Secretaria Municipal de Assistencial Social do Rio de Janeiro (SMAS/RJ) que abrigam mães adolescentes, sendo um deles localizado na zona norte e outro na zona sul da cidade. Cabe destacar que no abrigo localizado na zona norte (abrigo misto para crianças e adolescentes, com mais de 100 vagas) existe

o Programa Mãe Adolescente (PMA) que acolhe especificamente até 10 adolescentes grávidas e/ou com filhos, constituindo um dos poucos espaços que desenvolve este trabalho no município. O abrigo localizado na zona sul, por sua vez, é um abrigo exclusivo para adolescentes mulheres, com capacidade para 9 jovens (mães ou não), contudo, não acolhe o binômio mãe-filho (apesar de já ter tido esta experiência, a qual foi avaliada como inadequada. Atualmente, recebe adolescentes grávidas de forma eventual por períodos curtos, pois não possui estrutura adequada para este fim).

A equipe de profissionais do abrigo é constituída por educadores sociais (em sua maioria com nível médio de escolaridade) que acompanham as jovens nas suas atividades da vida diária; assistentes sociais que realizam os encaminhamentos necessários de acordo com as demandas de cada um, visando à reinserção social e um psicólogo para o acompanhamento das jovens e da própria equipe. O tratamento dos agravos à saúde física e mental é providenciado como uma prioridade através da referência às unidades de saúde da rede pública (SUS).

As protagonistas do estudo foram 10 adolescentes abrigadas nos referidos centros de acolhimento (7 adolescentes do Programa Mãe-Adolescente/ Abrigo zona norte e 3 adolescentes do Abrigo da zona sul), as quais aceitaram participar voluntariamente do estudo após explicação dos objetivos, garantia de anonimato e afastamento da pesquisa ou de não responder às perguntas a qualquer momento se assim o desejar.

A faixa etária das adolescentes abrigadas foi de 13 a 17 anos, sendo 6 adolescentes com filhos entre 1 e 24 meses de idade, 2 gestantes e 2 gestantes com filhos. A maioria das adolescentes tem história de vida nas ruas, uso de drogas e de violência intrafamiliar e/ou comunitária, além de laços familiares fragilizados. Entretanto, apesar da diversidade de contextos vulneráveis em que cada adolescente está inserida, de maneira geral, pode-se inferir que algumas jovens lutam para reaver a guarda dos seus filhos, enquanto, outras se esforçam para mantê-

los junto de si. Em ambas as situações, encontram-se num momento ainda de instabilidade, no qual a vivência das ruas faz-se bastante presente, provocando movimentos de evasão do abrigo, conflitos constantes entre si e com os profissionais.

Neste trabalho foram atendidas as exigências éticas e científicas para pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS/RJ) sob protocolo de número 73A/09. Além disso, a participação no estudo foi voluntária e autorizada pelas adolescentes abrigadas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi ratificado e assinado pela direção do abrigo – seus responsáveis legais à época.

A produção dos dados se deu no período de junho a julho de 2009, em duas etapas: a primeira constituiu-se de visitas prévias para apresentação e discussão da pesquisa junto às equipes dos abrigos e com as próprias adolescentes. Houve o reconhecimento da realidade vivida pelas mães adolescentes abrigadas acerca da maternidade, identificando as interessadas em participar do estudo, bem como suas expectativas; levantamento dos problemas e as características da população a partir do princípio da participação, ou seja, através de diálogos com as mesmas. Estabeleceram-se com as adolescentes os principais objetivos da pesquisa tendo como tema central a saúde reprodutiva, em particular a maternidade. Este primeiro momento serviu também para uma aproximação necessária à construção de uma relação de confiança com as adolescentes na produção de dados.

Na segunda etapa foram realizados grupos focais com as adolescentes abrigadas nos referidos dispositivos. Foram necessários dois encontros em cada abrigo totalizando quatro grupos focais (GF1 e GF4 no abrigo da zona sul; GF2 e GF3 no PMA). A escolha por essa estratégia favoreceu o estabelecimento de uma dinâmica de grupo que motivou as adolescentes a participarem da pesquisa. Cabe salientar que os grupos

focais foram gravados por meio digital e posteriormente transcritos. Os grupos foram realizados nos abrigos em dia e hora marcados anteriormente, com a participação do pesquisador e um moderador. Ao final de cada encontro, numa proposta dialógica, os participantes (adolescentes, pesquisador e moderador) avaliavam a atividade. No primeiro encontro (em cada unidade) a temática foi apresentada as mães adolescentes abrigadas e os tópicos do roteiro semi-estruturado dos grupos foram dirigidos para a concepção e vivência da maternidade pelas mesmas. No segundo encontro, além do resgate inicial acerca da temática do estudo, os tópicos foram dirigidos para a estrutura de apoio das unidades de abrigamento à maternidade das jovens.

Os dados produzidos nos grupos focais foram analisados utilizando a modalidade temática da análise de conteúdo (BARDIN, 2010) a qual tratou de agregar as idéias/expressões com características comuns, conforme a proximidade da significação que continham, num único conceito capaz de abrangê-las – as categorias. Deste processo emergiram duas categorias temáticas: “Interfaces entre configuração, apoio e vínculo familiar” e “Fatores que comprometem os laços familiares”, as quais foram divididas em subcategorias intermediárias segundo a convergência de seus conteúdos. Os dados, portanto, foram analisados numa discussão contextual da realidade, procurando o significado real da fala dos atores sociais e a sua relação com o seu conteúdo histórico, social e qualitativo.

RESULTADOS

A família na visão das adolescentes: aspectos favoráveis e desfavoráveis da relação com a família

No discurso das adolescentes abrigadas, o contexto familiar é caracterizado por peculiaridades que envolvem aspectos que vão desde a configuração/constituição familiar perpassando pelos modos como os laços são ou não estabelecidos, os elementos

do cotidiano que permeiam suas vidas, até, por fim, culminar em sua saída de casa. Entretanto, é relevante apontar que há singularidades nos diversos contextos familiares e que cada adolescente teve condições específicas e particulares (subjetividades) que contribuíram para sua saída de casa.

Interfaces entre configuração, apoio e vínculo familiar

As adolescentes abrigadas apresentam uma tipologia familiar caracterizada por uma pluralidade de possíveis configurações onde não apenas a família nuclear, composta por pai, mãe e irmãos, constitui o cenário familiar. Outras pessoas como padrasto, parentes do atual companheiro, avó e tia foram apontados como protagonistas de papéis centrais na vida dessas jovens, como por exemplo, no apoio familiar.

Em um dos casos, o padrasto foi reconhecido pela ajuda que exerce junto à família e junto à própria adolescente: *Meu padrasto me ajuda pra caramba. Ele ajuda pra caramba a minha mãe. Ajuda pra caramba a minha irmã. Ele é um excelente padrasto (GF1).*

No que diz respeito ao apoio familiar no processo da maternidade, a ajuda materna foi citada pelas adolescentes frente ao diagnóstico da gravidez, durante a gestação e após o nascimento da criança. No primeiro caso, a adolescente relata: *A minha mãe tinha perguntado pra mim se a menstruação desceu. Falei que não. Daí, quando minha mãe me levou no médico, o médico falou que eu estava grávida de dois meses (GF2).* Já em relação ao apoio durante a gestação, outras adolescentes mencionam: *A minha mãe não me abandonou não [diante da gravidez]. Pelo contrário ela me ajudou [na gravidez] (GF2). Minha mãe foi no pré-natal (GF1).* Após o nascimento da criança, a adolescente revela que sua mãe demonstra preocupação em relação à sua filha: *Ia ficar com o coração na mão se eu falar: “mãe, to indo embora e vou levar a garota”. Quando*

eu to em casa minha mãe não deixa eu carregar a minha filha não! Só se ela for junto (GF1).

Em algumas situações a figura que se apresenta como apoio para a maternidade dessas adolescentes não são necessariamente pessoas com as quais ela possua laços consanguíneos ou que sejam de seu convívio próximo, como no caso em que o apoio é esperado por parte de parentes do companheiro: *É porque assim, lá tem a irmã dele [companheiro], a irmã dele vai ajudar a gente em tudo, entendeu?* (GF2).

Outros aspectos citados como favoráveis no relacionamento familiar manifestam-se nas relações de amizade, confiança, diálogo e aprendizagem entre a adolescente e a figura materna: *Minha mãe é minha amiga, a gente zoa. Eu tiro [as dúvidas] com a minha mãe. Ela me ensinou várias coisas, sabe?* (GF1). Além disso, o esforço da mãe de criação de outra adolescente em tentar fornecer condições para o bom desenvolvimento da jovem também foi destacado, como pode ser visto nas seguintes falas: *Pela minha mãe de criação eu seria uma pessoa bem melhor. Quem levava [para o médico] era a minha mãe de criação* (GF1).

As adolescentes demonstram em suas falas que a figura materna é uma das principais influências na construção de um modelo de vida:

Bom, eu acho que a criança segue o exemplo da mãe, a gente sempre procura se espelhar em alguém. Eu me espelhei muito na minha mãe até um certo tempo. Depois, eu procurava ser igual a minha irmã. Então, tem sempre alguém na família que a gente busca se espelhar e seguir os passos. Foi quando eu comecei a entrar pra droga, muita coisa mesmo de errado, inclusive junto com ela, [mãe] entendeu? (GF1).

Para essa adolescente, a figura materna simboliza referência na construção de um modelo de vida. Entretanto, observa-se uma posição crítica da adolescente sobre a conduta materna quando esta apresentava exemplos

negativos. Percebeu-se então que, em determinados momentos do desenvolvimento da personalidade as relações sociais próximas acabam por constituir a estrutura da criança/adolescente. À medida que outras oportunidades e situações surgem é possível adquirir novas referências pessoais e sociais, na família ou fora dela, e rever as atitudes e comportamentos.

Ainda sobre a relação da adolescente com a instituição familiar, foi possível perceber que há uma idealização sobre a família como sendo base de qualquer indivíduo. Dessa maneira, ela sinaliza o desejo de estabelecer um núcleo familiar, ou mesmo resgatar o existente, como pode ser visto na seguinte fala: *Não [me sinto sozinha] porque... eu tenho uma família, né?* (GF2).

Provavelmente é essa importância dada à família que move o desejo em retornar para o seio familiar:

Ah, a única coisa que ainda não deu até hoje pra mim, que não sei quando que vai sair, é pra mim ir embora. Quero ir pra lá [casa]. Eu cheguei aqui com essa proposta, pra ficar aqui já pedindo para conseguir arrumar as passagens, né? Eu quero ir pro Paraná (GF2).

E ainda nesse sentido, podem adotar comportamentos para chamar a atenção da mãe: *às vezes eu mesma me machucava pra ela me levar pro hospital* (GF1).

Fatores que comprometem os laços familiares

O comprometimento dos laços familiares foi associado à falta de interesse da mãe da adolescente em relação à mesma, evidenciado pela precariedade ou ausência de afetividade e diálogo, assim como a presença de agressividade permeando o relacionamento conflituoso entre ambas:

A minha mãe nunca me amou. Ela nunca deixou eu dividir com ela meus problemas, nunca deu espaço pra eu chegar até ela e desabafar (GF1).

A “mentira” foi citada como um fator comprometedor da confiança no relacionamento e remete a sentimentos de tristeza e possível vergonha, portanto, também desfavorece os laços familiares:

Porque a minha tia não acredita muito em mim não, porque eu menti pra ela. Você faz [a mentira] e a pessoa não tem confiança em você. Ao perder a confiança [da tia] eu fiquei muito triste e de umas semanas pra cá não fui mais lá [casa] não (GF1).

O comprometimento do vínculo familiar também foi relatado diante de um descontentamento acerca dos laços consangüíneos que, por vezes, contribuem para uma convivência intrafamiliar com pessoas as quais a adolescente não possui afinidade, tornando a convivência apenas uma obrigatoriedade, como pode ser visto na fala: *A gente não escolhe a mãe que tem e nem a mãe escolhe o filho que tem, mas infelizmente cada um tem sua família (GF1).*

Por fim, a falta de apoio da família diante da gravidez na adolescência foi apontada pelas jovens como um dos fatores que podem influenciar e até mesmo desestabilizar a relação familiar: *Porque a minha [família], eles abandonam. Minha mãe mesmo me abandonou também. Igual a minha avó fez comigo [abandonou] (GF2). Achei uma vez que tava grávida só que ai ela falou assim: “você vai ter que dar seu jeito, criar teu filho e ainda tem que morar com o pai. (GF1). A postura assumida pela mãe da adolescente diante da gravidez demonstra que ainda subsiste o temor de vivenciar novamente a mesma situação já vivenciada por ela: *Ai ela [mãe da adolescente] falou: ai não quero criar filho mais de ninguém, que eu criei vocês com a sua avó, eu que tive que colocar vocês na vida (GF1). Além disso, expressões do tipo: Na hora de ter é bom, agora tem que saber criar também, carregar e ter junto (GF1) traduzem uma determinada maneira de pensar o mundo diante desse contexto.**

Observamos também, que a violência

permeia o cotidiano intrafamiliar das adolescentes agravando ainda mais sua situação de vulnerabilidade. Na visão das adolescentes, este contexto violento se caracteriza basicamente pela agressão física praticada por pessoas próximas, sobretudo pela mãe:

Ih minha mãe já me bateu de borracha. Minha mãe já me deu três facadas. [Meu irmão] me batia de várias formas, já quebrou o cabo de vassoura nas minhas pernas (GF1).

Este contexto de violência intrafamiliar é apontado como um dos motivos de saída de casa: *Porque muito adolescente hoje em dia, foge de casa porque a mãe bate (GF1).*

DISCUSSÃO

A ampla possibilidade de configurações familiares das adolescentes abrigadas é refletida no envolvimento de diversos atores no apoio às mesmas, sendo evidenciado por meio de ajuda em aspectos gerais do seu cotidiano e frente à gestação.

Em relação ao apoio familiar no processo da maternidade, as adolescentes citam ajuda de algumas pessoas, mas a figura materna se destacou no apoio frente ao diagnóstico da gravidez, processo gestacional e após o nascimento da criança.

A sensibilização da mãe da adolescente, mesmo que de modo fragilizado, ou seja, um apoio mais esporádico, afastado do cotidiano da convivência familiar foi considerado relevante para essas adolescentes abrigadas. A família é considerada por muitas gestantes e mães adolescentes como fonte de apoio. A ausência total de uma rede de apoio familiar pode produzir um sentimento de solidão e falta de significado de vida. Nesses casos, a unidade de abrigo assume a função de proteção social dessas jovens mães. O apoio familiar ou social está relacionado ao desenvolvimento da capacidade de enfrentamento de adversidades, promovendo características de resiliência e desenvolvimento adaptativo.

As dificuldades que surgem na gravidez podem ser minimizadas se a adolescente puder contar com uma rede social de apoio adequada. Em se tratando de adolescentes abrigadas, além da família a rede de apoio é formada por profissionais que trabalham com estas jovens, sejam educadores ou profissionais de saúde.

É possível perceber que as adolescentes consideram a figura materna uma importante influência na construção de um modelo de vida. Contudo, a adolescente relaciona o uso da droga ao comportamento materno, ratificando o quanto a figura materna tem influência sobre a estrutura da personalidade da adolescente. É comum a criança reproduzir os hábitos dos pais, em especial os vivenciados pela mãe. E quando inseridos num contexto social de violência estrutural tornam-se mais vulneráveis as drogas, violências e problemas de saúde (saúde reprodutiva e sexual – DST, gravidezes precoces, abortos e outros). Associado a essas questões, grande parte das famílias não estão preparadas para discutir assuntos pertinentes a sexualidade e drogas com seus filhos (CARDOSO; COCO, 2003).

Ressalta-se que embora a família seja um sistema autônomo em constante produção de si mesmo, as relações intrafamiliares estão em relação dialética com o conjunto das relações sociais. Logo, vivenciam influências sociais que modificam suas estruturas, que condicionam e são condicionadas pelas normas, valores e crenças da sociedade, em uma constante troca e adaptação cultural. Os adolescentes de modo geral, vêm sofrendo o impacto das diferenças sociais manifestadas na violência, desemprego, fome, trabalho infantil, prostituição e drogas. Torna-se fundamental, então, analisar cada caso em seu contexto sócio-histórico, cultural e econômico, agregando aspectos intrapsíquicos aos aspectos inter-relacionais do indivíduo, e o meio em que vive (CARDOSO e COCO, 2003; SANTOS e COSTA, 2004).

A família, ao oferecer estrutura (segurança, diálogo, compreensão e educação), tem como reflexo oportunizar

condições sociais favoráveis. Por outro lado, quando pautadas em comportamentos agressivos, pouco inclusivos é possível verificar o reflexo desse tipo de postura nos modos de viver dos seus filhos (delinquência, drogas). É claro que possuir condições desfavoráveis não deve recair somente sobre a família. As ações governamentais também devem ser responsabilizadas em garantir os direitos sociais.

As jovens ao destacarem as mães como principais referências de vida revelam a ausência física ou simbólica da figura paterna. Considerando a perspectiva psicanalista, onde o pai representa uma pessoa que simboliza a lei, essas jovens estão dizendo que cresceram sem limites. A mãe é mais presente na vida da criança e costuma ver a (o) filha (o) como um prolongamento de si mesma. O pai – ou qualquer outra presença masculina – aparece como um contraponto, é a pessoa que disputa com o(a) filho(a) o amor da mãe, evita que o mesmo seja agressivo e pode atuar determinando regras a serem cumpridas. A ausência dessa figura implica dificuldades em compreender o outro. E quem não consegue se colocar no lugar do outro, não consegue respeitá-lo. Por isso, fica mais propenso à violência, uso de drogas e outras situações que promovam agravos à sua saúde (CLAUDON, 2006).

Embora a adolescente tenha vivido situações que indicavam uma postura materna desfavorável (“*ser iniciada nas drogas por influência da mãe*”), é relevante exaltar que ela continua valorizando essa figura como principal referência para o filho. Esse fato é importante na medida em que pode despertar na adolescente uma reflexão crítica acerca das escolhas a serem feitas por ela, uma vez que possivelmente refletirá nas escolhas de vida dos seus filhos.

Desdobrando um pouco mais esta discussão, entende-se que a conduta desfavorável da figura materna perante as adolescentes estimula a inserção precoce das jovens em um contexto de vulnerabilidade, que usualmente ocorre a partir de um cenário extrafamiliar (CLAUDON, 2006). O fato da iniciação das drogas ter ocorrido dentro da

estrutura familiar, evidencia inversão de papéis da família, uma vez que esta se prestou a indicar um percurso de vida mais vulnerável aos riscos e agravos à saúde ao invés de proporcionar proteção e cuidado.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2004) implantada em 2004, a família, independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, bem como geradora de modalidades comunitárias de vida. Entretanto, não se pode desconsiderar que ela se caracteriza como um espaço contraditório, cuja dinâmica cotidiana de convivência é marcada por conflitos e, geralmente, por desigualdades, além de, nas sociedades capitalistas, a família ser fundamental no âmbito da proteção social (PEDERSEN, 2009).

Como destaca o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, a família é preconizada e reconhecida pela legislação brasileira vigente, como estrutura vital, lugar essencial à humanização e à socialização da criança e do adolescente, espaço ideal e privilegiado para o desenvolvimento integral dos indivíduos (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2006).

Contudo, para a família poder desempenhar todas essas funções e/ou garantir todos os direitos fundamentais aos membros que a compõe, de forma especial crianças e adolescentes, a mesma precisa ser reconhecida em suas inúmeras dificuldades, sendo que estas não podem ser traduzidas como “incapacidades” da família para desempenhar o seu papel. É necessário pensar que as formas de organização familiar estão diretamente relacionadas às mudanças e transformações societárias, seja no aspecto social, cultural, religioso, político ou econômico, mas que acabam influenciando no cotidiano das famílias e nas formas de organização da mesma. Assim, pode dizer-

se que as famílias expressam aquilo que a sociedade como um todo está vivenciando, ou seja, novos valores, novas formas de relação social e de produção, decorrentes do sistema capitalista vigente na sociedade (PEDERSEN, 2009).

Dentre os exemplos citados pelas adolescentes como fatores que dificultam os laços familiares, dois especificamente chamam mais atenção: falta de apoio da família diante da gravidez na adolescência e violência intrafamiliar.

Em relação à falta de apoio frente à gravidez, um possível motivo para negação do apoio pela família, em especial pela mãe da adolescente parece estar relacionado com o temor em vivenciar novamente a mesma situação e também, pela possibilidade em estimular a maternidade precoce num contexto de dificuldades sociais, econômicas e na maioria das vezes sem a presença da figura paterna.

A adolescência desafiada (adolescência em situação de abrigamento e/ou de rua) configura-se como desdobramento das violências vividas por esse grupo, seja violência intrafamiliar, social ou de gênero. A violência intrafamiliar é constituída tanto pelas condições precárias de sobrevivência como pelos maus tratos, os quais são potencialmente destruidores dos laços afetivos e familiares e deixam marcas não apenas nos corpos como também em suas vidas, uma vez que esse tipo de conduta quando praticada por alguém do contexto familiar altera significativamente a estrutura psicológica da adolescente, levando-a a tomar a decisão de abandonar o lar (CARINHANHA, 2009).

Os jovens em situação de abrigamento estão inseridos num cenário de desigualdades sociais. Constata-se que 16,0% das crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade residiam em domicílios cuja pessoa de referência tinha menos de 1 ano de estudo (IBGE, 2008). Soma-se a esse quadro outros dados preocupantes: quanto menor a escolaridade, menor o acesso aos meios de comunicação; quanto menor a escolaridade, maior a taxa de fecundidade desejada e maior

ainda é a taxa de fecundidade total observada, ou seja, as diferenças entre desejo e realidade são mais acentuadas entre as mulheres menos escolarizadas, as negras e as residindo nas regiões menos favorecidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Esta 'estatística da pobreza' aliada a outros fatores que não são mensuráveis (violência, ruptura dos laços familiares, ausência de redes sociais de apoio) permite esquadrihar os determinantes da saída do lar (CARINHANHA, LEITE e PENNA, 2008; CARINHANHA, 2009).

O contexto familiar agressivo pode gerar diferentes reações nas adolescentes que ora sente-se estimulada a confrontar o agressor diretamente, ora afasta-se dessa realidade ao fugir de casa.

O fato de não ter emergido nos resultados a figura de pessoas que não pertençam ao núcleo familiar primário como autores de ações destrutivas do vínculo familiar corrobora com a afirmação de que a vulnerabilidade a que as jovens estão expostas são iniciadas dentro de sua própria casa e por pessoas do núcleo familiar de origem. Portanto, há dualidade nas relações da adolescente com o sistema de parentesco formado pelo pai, mãe e irmãos onde por um lado existe apoio, amizade, confiança e diálogo e, por outro lado, displicência, hostilidade e violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência e os vínculos familiares fragilizados que atravessam crucialmente a família das adolescentes abrigadas podem ser apontados como fatores de desestabilização da estrutura familiar. Este comprometimento da instituição familiar se manifesta, sobretudo, através da dificuldade e até inviabilidade de uma relação afetiva entre a adolescente e a figura materna, restringindo a possibilidade de reinserção familiar da jovem. A vivência dessas relações conflituosas pode prejudicar o vínculo da adolescente com seu filho, uma vez que este foi o padrão de relacionamento aprendido no convívio familiar e que deu contorno aos seus modos de ser e estar no mundo.

Por outro lado, evidenciou-se o desejo marcante das adolescentes de serem mães com possibilidade de recuperar ou constituir a rede de apoio que a família deveria compor. Nesse sentido, a família constitui uma estrutura de apoio fundamental para a maternidade dessas jovens devendo ser valorizada no contexto dos dispositivos de abrigamento e dos serviços de saúde à jovem adolescente abrigada.

Diante dessas realidades observadas a partir da perspectiva das adolescentes abrigadas e objetivando promover a reinserção social ou aproximação das jovens com sua família, entendendo que possa auxiliar na promoção de saúde individual e familiar, é necessário propor ações de saúde com base no conhecimento das dificuldades desse grupo, de suas solicitações e possibilidades de desenvolvimento de habilidades para a vida. Para isso deve-se considerar o contexto familiar e as particularidades de cada adolescente, a fim de favorecer a afetividade e coesão entre as pessoas, através principalmente do diálogo, do respeito às individualidades, e da tolerância às diferenças.

Promover a reinserção social vai de encontro à promoção da saúde dessas jovens mães e de seus filhos, assim como de toda sua família. Dada à complexidade das configurações, interações e precariedades desses sujeitos, cujos membros não podem ser culpabilizados nem vitimizados pela vulnerabilidade social vivida. Fica evidente a necessidade de investimentos em ações interdisciplinares e intersetoriais que possam ajudar a compor uma rede de apoio eficaz à maternidade de suas jovens, com vistas à interrupção desta seqüência de violências que conduz à desafiliação.

As ações de promoção à saúde da família e das adolescentes abrigadas (educativas e assistenciais) tem nos profissionais da atenção básica de saúde, particularmente a enfermagem, um importante aliado. Com seu caráter educativo, calcado nas políticas de humanização, de autonomia e emancipatórias, ao estarem sensibilizados para as subjetividades de cada

história de vida, cada contexto familiar, podem auxiliar no direcionamento de uma prática para solução de problemas e no atendimento das necessidades de saúde dessa população, bem como para a organização de serviços que se voltem para uma assistência integral à adolescente e sua família.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

“Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo”.

REFERÊNCIAS

ANTONI, A.; KOLLER, S.H. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. **Estudos de Psicologia**, v.5, n.2, p.347-381, 2000.

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

CARDOSO, C.P.; COCCO, M.I.M. Life project of a group of adolescents based on the theory of Paulo Freire. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.6, p.778-785, 2003.

CARINHANHA, J. I. **Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua: bases para o cuidado de enfermagem pela cidadania**. 2009. 123p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CARINHANHA, J.I.; LEITE, L.C.; PENNA, L.H.G. Minha arma é a mão: a violência como forma de resistência. In: LEITE, L.C.; LEITE, M.E.D.; BOTELHO, A.P. **Juventude, desafiliação e violência**. Rio de Janeiro: Contra-capá; 2008. p. 141-54.

CLAUDON, T. Fatores determinantes da violência interpessoal entre jovens no Distrito Federal. Brasília. **Revista Pesquisa** [internet]. 2006. Disponível em: <<http://www.jovemdeexpressao.com.br/pdf/oquee/>

[pesquisa/revista_atuacao_social.pdf](http://www.jovemdeexpressao.com.br/pdf/oquee/pesquisa/revista_atuacao_social.pdf)>. Acesso em: 04 fev. 2009.

GONTIJO, D.T.; MEDEIROS, M. Tava morta e revivi: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.2, p.469-472, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios** (PNAD). 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina>. Acesso em: 20 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher (PNDS)**. Relatório. 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. 2006. [internet]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/pp/a_pdfdht/plano_nac_convivencia_familiar.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. 2004. [internet]. Disponível em: <http://www.sedest.df.gov.br/sites/300/382/00000877.pdf>

PEDERSEN, J.R. Vitimação e vitimização de crianças e adolescentes: expressões da questão social e objeto de trabalho do Serviço Social. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 8, n.1, p.104-122, 2009.

PENNA, L.H.G.; CARINHANHA, J.I.; LEITE, L.C. The educative practice of professional caregivers at shelters: coping with violence lived by female adolescents. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.6, p.981-987, 2009.

RANGEL, D.L.O.; QUEIROZ, A.B.A. A representação social das adolescentes

sobre a gravidez nesta etapa de vida.

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v.12, n.4, p.780-788, 2008.

SANTOS, V.A.; COSTA, L.A. O papel desempenhado pela justiça na história de uma família com denúncia de violência sexual. **Interações**, v.9, n.17, p.133-154, 2004.

APLICAÇÃO DO GUIA CIDADE AMIGA DO IDOSO EM MUNICÍPIO DA ZONA RURAL DO SUL DO BRASIL

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello¹, Samuel Jorge Moyses², Alessandra Martins Ferreira Warmling³

RESUMO: Objetivo: Analisar o ambiente sociocultural com vistas ao envelhecimento saudável de um município de pequeno porte (zona rural - sul do Brasil), através da aplicação do instrumento Guia Global Cidade Amiga do Idoso. Método: Estudo descritivo, de base qualitativa. O instrumento, composto pelo *checklist* de oito categorias (Espaços abertos e prédios, Transporte, Moradia, Participação social, Respeito e inclusão social, Participação cívica e emprego, Comunicação e informação, Apoio comunitário e serviços de saúde), foi aplicado a 20 informantes com diferentes experiências de interação com os idosos do município. Resultados: Espaços abertos e prédios foi a categoria na qual o município recebeu pior avaliação. De modo geral, negativa quanto a vias públicas, pavimentação, calçadas, tráfego, inexistência de ciclovias e oferta de banheiros públicos. Pessoas que operam o transporte público e assentos preferenciais para idosos tiveram boas avaliações, já rotas, destinos, transportes públicos e acessibilidade receberam avaliações negativas. As casas são construídas com bons materiais, mas não são adaptadas para o uso especial por idosos. O município promove a participação do idoso principalmente por meio dos grupos de convivência. As pessoas mais velhas têm participação social, familiar e nas decisões comunitárias. Serviços sociais e de saúde foram avaliados como seguros e acessíveis para os idosos. Conclusão: Cidadãos mostram admiração e respeito ao idoso, em especial na vida da família, mas esta atitude não resulta automaticamente na adoção de práticas coletivas que tornam a cidade acolhedora a esta população. Não foram identificados recursos financeiros, humanos e tecnológicos preparados para o contexto do envelhecimento saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Envelhecimento; Planejamento de cidades; Qualidade de vida.

GLOBAL AGE-FRIENDLY CITY GUIDE: THE USE IN A RURAL MUNICIPALITY IN SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT: Objective: To analyze the socio-cultural environment with a view to healthy aging of a small city (countryside - South of Brazil), through the application of the instrument Friendly City Guide Global Aging. Method: A descriptive qualitative basis. The instrument consists of the checklist of eight categories (Open spaces and buildings, Transportation, Housing, Social participation, Respect and social inclusion, Civic participation and Employment, communication and information, community support and Health services), was administered to 20 informants with different experiences of interaction with the elderly in the city. Results: Open spaces and buildings was the category in which the county received the worst evaluation. Generally negative as roads, pavements, sidewalks, traffic, lack of bike paths and offer public restrooms. People who operate public transport and preferred seating for the elderly had good ratings, as routes, destinations, public transport accessibility and received negative reviews. The houses are built with good materials, but are not adapted for special use by the elderly. The municipality promotes the participation of the elderly mainly through the gathering groups. Older people have social participation in family and community decisions. Social services and health were assessed as safe and accessible for seniors. Conclusion: Citizens show admiration and respect for the elderly, especially in family life, but this attitude does not automatically result in the adoption of collective practices that make the city welcoming to this population. Were not identified financial, human and technological preparations for the context of healthy aging.

KEYWORDS: Aged; Aging; City planning; Quality of life.

¹ Doutora em Enfermagem. Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva. Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alfm@terra.com.br

² Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública. Escola de Saúde e Biociências, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, PUCPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: s.moyes@pucpr.br

³ Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva. Doutoranda em Odontologia em saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: dralessandramf@yahoo.com.br

Recebido em: 20/01/2013 . Aceito em: 26/02/2013

INTRODUÇÃO

A existência nas cidades de um ambiente sociocultural de respeito à pessoa idosa e de reconhecimento do valor do envelhecimento saudável são pilares para o florescimento e sustentabilidade de ações de saúde dirigidas a este segmento. Sob tal inspiração, a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o suporte do governo do Canadá lançou, em 2005, o projeto Cidade Amiga do Idoso. Inicialmente foi construído um protocolo de pesquisa, denominado *Vancouver Protocol*, com o objetivo de orientar e calibrar a pesquisa em grupos focais, em 33 grandes cidades nos cinco continentes, com vista a gerar um guia identificador das características principais de cidades favoráveis aos idosos. O relatório final foi a base para a disponibilização do Guia Global das Cidades Amigas do Idoso, na sua primeira versão, no idioma inglês (WHO, 2007).

Segundo o Guia Global Cidade Amiga do Idoso, uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para que sejam acessíveis e incluídas de pessoas idosas, com diferentes necessidades e capacidades. Nesta perspectiva, a cidade estimula o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades para saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem (KALACHE, 2007).

O Guia é utilizado para indicar aspectos físicos, serviços sociais e urbanos de determinado município, sob a inspiração da existência nas cidades de um ambiente sociocultural de respeito pelos mais velhos e de reconhecimento do valor de um envelhecimento saudável. Este instrumento tem como objetivo mobilizar as cidades para que estas possam estimular o envelhecimento ativo, otimizando as oportunidades para saúde, participação e segurança, e assim aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2008).

O Guia não se destina a criar um *ranking* comparativo entre as cidades.

Trata-se de uma contribuição para que as comunidades possam se auto-avaliar em oito categorias. E, sob a perspectiva do idoso, planejem e implementem ações que tornem mais amigáveis os lugares onde eles vivem, beneficiando a todos. Foi desenvolvido para auxiliar grupos e pessoas interessadas em tornar suas cidades mais amigas dos idosos, como órgãos governamentais, organizações acadêmicas e de voluntários, o setor privado e grupos de cidadãos (OMS, 2008) e sua aplicação pode inspirar melhores práticas na gestão municipal.

Considerando o exposto, o objetivo do estudo foi analisar o ambiente sociocultural com vistas ao envelhecimento saudável, por meio da aplicação do Guia Global Cidade Amiga do Idoso, em um município de pequeno porte da zona rural ao sul do Brasil.

MÉTODO

Este estudo faz parte do macroprojeto de pesquisa-ação realizado na cidade de Antonio Carlos, Santa Catarina, intitulado “*Oral health care for elderly people: best practices in local health systems*”, financiado pela PAHEF *Pan American Health and Education Foundation*. O projeto referente a esta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido aprovado (Parecer 26406). Todos os participantes foram convidados a participar voluntariamente do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Antônio Carlos é um município de pequeno porte da zona rural. Sua população, no ano de 2010 era de 7.458 habitantes, apresentando 12,6% na faixa idosa (60 anos ou mais de idade) (BRASIL, 2011). Colonizado por imigrantes alemães, seus descendentes constituem por volta de 80% desta comunidade que apresenta diversos indicadores de boa qualidade de vida. Conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, publicado pelo PNUD - Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento em 2013, a esperança de vida ao nascer em Antônio Carlos, observada em 2010, era de 78,40 anos. Destaca-se o IDHM-longevidade que em 2010 atingiu o coeficiente de 0,890 (PNUD, 2013).

O instrumento de pesquisa Guia Global Cidade Amiga do Idoso é composto por um *checklist* com oito categorias: Espaços abertos e prédios, Transporte, Moradia, Participação Social, Respeito e inclusão social, Participação cívica e emprego, Comunicação e informação, Apoio comunitário e serviços de saúde. Cada quesito possui sentenças que tratam de características da cidade. Os respondentes foram solicitados a marcar um X se concordassem que a cidade de Antonio Carlos possuía tal característica. Participaram 20 informantes-chaves de formação eclética e com diferentes experiências de interação com os problemas dos idosos da cidade (Quadro 1), selecionados intencionalmente. Os formulários foram entregues pessoalmente, quando foram dadas explicações sobre os objetivos da pesquisa e orientações sobre o preenchimento. Os informantes permaneceram com o formulário e devolveram-no aos pesquisadores dias depois.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabulação e análise das respostas ao instrumento de coleta propiciaram os seguintes resultados, de acordo com cada categoria pesquisada, quanto à percepção dos informantes sobre as condições que tornam uma cidade amiga do idoso:

Categoria 1 – Espaços abertos e prédios

É a categoria na qual o município recebeu a pior avaliação. De modo geral, negativa quanto a vias públicas, pavimentação, calçadas, tráfego, inexistência de ciclovias e oferta de banheiros públicos como nada favorecedores à locomoção e

conforto dos idosos. As avaliações da segurança, limpeza e ruídos nas áreas públicas, se distribuem igualmente entre positivas e negativas. Como exceção registra-se a avaliação positiva sobre a disponibilidade e conservação de bancos públicos. O pequeno número de prédios de mais de um pavimento tornou prejudicada a avaliação das respectivas condições arquitetônicas favoráveis aos idosos. Como os serviços se concentram na sede do município e parte expressiva da população reside na área rural, registra-se que as principais vias de ligação são satisfatórias e na sede os serviços são de fácil acesso.

Categoria 2 – Transporte

As manifestações dos informantes-chaves sobre as diversas sub-categorias de análise contempladas no instrumento não permitem, no conjunto, uma avaliação clara sobre a variável “transporte”, se positiva ou negativa. No exame das diversas subcategorias, algumas foram avaliadas positivamente, outras negativamente e noutras houve discrepância entre os informantes. Foram bem avaliadas as pessoas que operam o transporte público coletivo e os táxis, bem como o comportamento social sobre a prioridade ao idoso para sentar. O transporte comunitário, inclusive por voluntários, também mereceu avaliação positiva. Negativas foram as avaliações das rotas, conexões e destinos do transporte coletivo, assim como a acessibilidade física (embarque/desembarque) e a lotação dos veículos. Todavia, foi positiva a avaliação das subcategorias limpeza, manutenção e sinalização dos ônibus. O registro é negativo, também, para falta de estacionamento reservado para idosos que utilizam veículos particulares. Sob o aspecto econômico não há óbice financeiro ao acesso ao transporte coletivo pelos idosos. Já as percepções divergem sem predominância de uma delas quando se trata de avaliar a confiabilidade, frequência, proximidade e condições dos pontos de parada, informações sobre o

sistema de transporte público e suficiência de serviços de transporte de pessoas com necessidades especiais.

Categoria 3 – Moradia

A avaliação das moradias resultou positiva na percepção da maioria, embora houvesse divergências minoritárias. As moradias são edificadas com bons materiais, inclusive na área rural, todavia não são adaptadas para o uso especial por idosos residentes, embora espaçosas. Há indicação de desconhecimento sobre as possibilidades desta adaptação. De um modo geral se reconhece o bom ambiente das casas e os idosos costumam prosseguir residindo em seus lares, assim como os idosos dependentes com seus familiares. Envelhecer em casa é o costume e não há no município instituição de longa permanência para idosos. Muitos respondentes registraram a localização de moradias em áreas sujeitas a desastres como inundação, bem como a indisponibilidade de moradias a custo acessível para idosos.

As políticas voltadas para a saúde do idoso determinam que a atenção a essa população deva ter como preocupação básica a sua permanência na comunidade, no seu domicílio, o máximo de tempo, de forma autônoma, na medida do possível (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO, 2008).

Categoria 4 – Participação social

A manifestação das pessoas coincide no sentido de que em Antônio Carlos se promove a participação social do idoso. Assim, avaliam positivamente a acessibilidade, horários, custos, diversidade e os ambientes de realização de eventos comunitários. Esta percepção, bastante favorável, sobre a participação social dos idosos que vivem no município tem como raiz o funcionamento ativo dos diversos Grupos de Convivência instalados.

Estudos mostram que os idosos valorizam a independência e autonomia na

realização de suas atividades e atribuem uma vida saudável a comportamentos adequados em relação aos cuidados com a saúde, destacando as atividades de lazer, a participação em grupos de convivência e os bons relacionamentos como imprescindíveis para satisfação com a vida. Onde a participação nos grupos torna-se relevante para a qualidade de vida e para a formação de uma rede social de cuidado que integra a comunidade e os serviços de saúde (TAHAN, 2010).

O município, no qual foi realizado este estudo, apresenta aspectos peculiares relacionados à questão da longevidade de seus habitantes e à grande atuação dos grupos de convivência de idosos. Com isso, grande destaque deve ser dado à questão dos idosos atuantes em seus grupos, e das pessoas que também interagem com eles, que têm papel fundamental na defesa e supervisão das ações que buscam tornar o município de Antônio Carlos, uma Cidade Amiga do Idoso.

Categoria 5 – Respeito e inclusão social

Nesta categoria de análise o grupo de informantes indica a prática da inclusão social dos idosos, sem discriminação entre diferentes gerações, na vida social e familiar. Os idosos são parceiros em decisões comunitárias, tanto a seu respeito como em outros assuntos da coletividade. De maneira geral, recebem reconhecimento da comunidade por sua contribuição no passado para a consolidação do município e formação do patrimônio familiar. A avaliação indica que os serviços públicos e privados são respeitosos no atendimento às pessoas idosas, e não discriminam idosos mais pobres. Nesta avaliação, aparece como percepção negativa o não aproveitamento dos mecanismos de conscientização social sobre o envelhecimento no ambiente das escolas, enquanto dividem-se por igual as opiniões positivas e negativas sobre a existência de oportunidades de o idoso compartilhar sua experiência de vida com outras gerações.

A questão do parentesco, da amizade e da identidade interligam as pessoas em relações de reciprocidade em situações cotidianas, isto chama a atenção para o papel dos vínculos para a manutenção da saúde dos idosos (PIGNATTI, 2011).

Categoria 6 – Participação cívica e emprego

As questões e respectivas respostas associadas à variável “emprego” destinadas à avaliação desta categoria ficaram prejudicadas, uma vez que foram construídas sob a ótica das relações de trabalho formal urbano, e os idosos do município tiveram na propriedade rural familiar seu trabalho e renda. Ainda que aposentados, costumam prosseguir trabalhando, segundo suas condições, na pequena propriedade sua ou de seus filhos. É neste contexto que os informantes-chaves indicam inexistirem opções de emprego para os idosos. Também indicam, em unanimidade, a inexistência de programa de educação e capacitação continuada para idosos. Por outro lado, é positiva a avaliação sobre a participação cidadã dos idosos em organismos estruturados, sejam públicos ou do terceiro setor, e em grupos informais da comunidade ou ainda em eventos que tratam de questões comunitárias ou de seu interesse.

Questões relacionadas aos programas de educação e capacitação continuada aos idosos, praticamente inexistentes no município, devem ser levadas em consideração, pois através da educação, surge a possibilidade de uma reforma do pensamento para os idosos, para que possam perder seus medos e enfrentar o envelhecimento, de uma forma diferente da qual foi estigmatizada. A importância da educação para os trabalhadores que cuidarão dos idosos e para os próprios idosos e sua família parece ser uma saída para se trabalhar melhor os estigmas que a sociedade e o próprio idoso insistem em assumir em relação à velhice (SANTOS, 2010).

Categoria 7 – Comunicação e Informação

Um maior número de informantes-chaves considerou positiva a oferta de informações à população idosa. Os idosos são alcançados por sinal de TV e rádio, mas muito pouco por mídia impressa. Já a comunicação verbal é subcategoria apontada por todos como muito praticada nos pontos de encontro, como igreja, clube, armazém/bar e ônibus. Com relação ao uso das modernas tecnologias (informática/internet, telefonia celular, caixas eletrônicas, interação telefônica em plataformas automáticas) como meio de informação no campo, as pessoas entrevistadas se dividem e não há uma percepção majoritária sobre a adequação amigável ou não desses recursos à população idosa.

Categoria 8 – Apoio comunitário e serviços de saúde

É positiva a avaliação dos serviços comunitários e de saúde prestados aos idosos. Os informantes-chaves avaliam bem o acesso aos serviços de assistência social e de saúde, e consideram os locais de atendimento seguros e com acessibilidade aos idosos, inclusive portadores de necessidades especiais. Avaliam também positivamente as informações disponibilizadas sobre o sistema local de saúde e o acolhimento dado pelo pessoal administrativo que nele trabalha. É favorável a percepção sobre a oferta de serviços na atenção básica, sobre a respectiva adequação às necessidades dos idosos e a qualificação dos profissionais da saúde. Consideram serem mínimos os obstáculos econômicos pessoais para acesso a serviços de saúde e apoio comunitário. Finalmente, mereceu avaliação positiva da maioria dos informantes os serviços de atenção domiciliar a idosos e o trabalho de voluntários.

No cenário de pesquisa nacional, são recentes os estudos que tratam de questões voltadas ao envelhecimento populacional. Este fato reforça a necessidade de um

número maior de investigações voltadas para essa temática, principalmente estudos que correlacionem a prática do profissional de saúde e a vida diária dos idosos. Além disso, existe fato de que embora possuam políticas públicas específicas os idosos podem desconhecer o seu teor, contribuindo para que estas não venham a se efetivar na prática (SANTOS, 2008).

O cenário, encontrado no município, de uma população idosa mais saudável, está relacionado ao aumento das doenças crônicas e à maior necessidade de atendimento de saúde da população que envelhece e que vive, cada vez mais, até idades mais avançadas (VERAS, 2009). Estratégias devem ser criadas para retardar a evolução das doenças, visando postergar a morte ao máximo possível, mas com qualidade de vida, autonomia e independência do idoso, fazendo com que se mantenham ativos e com sua qualidade de vida preservada ao longo dos anos (VERAS, 2009; FARIAS, 2012).

Os residentes no município demonstram admiração e respeito pelos seus idosos, em especial no convívio familiar, mas tal postura não se traduz, automaticamente, na adoção de práticas coletivas que tornem amigável o município onde vivem. São insuficientes os recursos financeiros, humanos e tecnológicos municipais para dar conta, tanto no centro urbano como no meio rural, do crescimento observado no município e das novas possibilidades de convívio social dos idosos.

A nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira com base em dados coletados e organizados no Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD Saúde) aponta a urgência de mudanças e inovação nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa com uma abordagem preventiva, fundamentada em programas abrangentes, incluindo educação e cuidado integral ao idoso. Destaca-se a necessidade de preservar a autonomia, a participação, o cuidado, a autossatisfação e a possibilidade de o idoso atuar em variados contextos sociais (VERAS, 2007). O foco das

discussões deve ser dirigido ao cuidado dos idosos, que são os que mais sofrem os efeitos de sua própria fragilidade e os que mais demandam serviços de saúde (VERAS, 2012).

É importante ressaltar que o instrumento utilizado neste estudo não se destina a criar um *ranking* comparativo entre diferentes cidades, mas sim contribuir para que possam se autoavaliar nos oito quesitos: Espaços abertos e prédios, Apoio comunitário e serviços de saúde, Comunicação e informação, Participação cívica e emprego, Respeito e inclusão social, Participação social, Moradia e Transporte. E, sob a perspectiva do idoso, planejar e implementar ações que tornem mais “amigáveis” os lugares onde vivem, beneficiando a todos. Este instrumento foi construído para auxiliar grupos e pessoas interessadas em tornar suas cidades mais amigas dos idosos, como órgãos governamentais, organizações acadêmicas e de voluntários, o setor privado e grupos de cidadãos, sendo inspirador de melhores práticas na gestão municipal (OMS, 2008).

Este estudo também vai ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso que se relacionam à promoção do envelhecimento saudável a manutenção da capacidade funcional do idoso, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO, 2008). Quanto às perspectivas de pesquisa, o interesse sobre a temática abordada neste estudo expressa, de certa forma, o próprio desenvolvimento da área da Gerontologia e Geriatria, uma vez que dados relacionados à demografia, à epidemiologia e ao modo de vida das pessoas idosas se tornam necessários para a produção de conhecimento científico (RAVELLI, 2009). As pesquisas devem considerar também as diferenças regionais relacionadas às questões demográficas do envelhecimento, além de estudos epidemiológicos que se

preocupem em fornecer informações para o planejamento mais criterioso para a organização de serviços (VERAS, 1993).

Os idosos não vivem de forma isolada: o seu bem-estar e o exercício de sua cidadania estão intimamente relacionados com a sociedade em que vivem. Sendo assim, toda a infraestrutura de cuidados aos idosos exige equipamentos sociais e serviços cada vez mais eficientes e complexos. Assim, o Estado brasileiro precisa prover uma gama de serviços, em vários âmbitos de atuação das políticas públicas, que garantam o bem estar dos idosos e o exercício de sua cidadania (KÜCHEMANN, 2012), considerando os mais diversos contextos locais.

Vêm-se alterando de forma significativa a questão dos hábitos, imagens, crenças e condutas atreladas ao envelhecimento. Este fato determina o surgimento do que se convencionou chamar de “experiência da terceira idade”: uma reformulação extremamente positiva das possibilidades de envelhecer (SILVA, 2008). O processo de envelhecimento precisa deixar de ser visto como uma decorrência de fenômenos puramente naturais e biológicos, para ser visualizado, também, como um fenômeno profundamente influenciado pela cultura, onde os indivíduos reagem a partir de suas referências pessoais e culturais. E o fato de o envelhecimento continuar sendo representado sob a forma de perdas, faz com que muitas capacidades que as pessoas idosas possuem permaneçam desconhecidas. Esse novo paradigma de envelhecimento deve estar ancorado na representação de um idoso ativo, o qual vem associado a representações positivas de saúde, independência, alegria (FERREIRA, 2010).

Após a realização deste estudo, o instrumento Guia Global Cidade Amiga do Idoso mostrou-se útil, abrangente, e pode ser melhorado com alguns pequenos ajustes para melhor adaptação à análise de municípios de pequeno porte, com muitos idosos residindo na área rural. Ele contribui para repensar e trazer à tona carências e omissões que, ao passar dos anos, vão sendo incorporadas como padrão de normalidade.

CONCLUSÃO

Esta iniciativa também pretendeu ser uma primeira semente para que o município de Antônio Carlos aprofunde sua auto-análise e adote os paradigmas da OMS na construção do seu futuro. E assim propiciar melhora na qualidade de vida dos idosos residentes no município, por meio de estratégias que visem à manutenção da autonomia e independência. Também transferir o conhecimento adquirido, através deste estudo, para outras localidades do estado de Santa Catarina e até de outros estados brasileiros.

E assim buscar consolidar uma estratégia de integração de esforços públicos, de organizações civis e das comunidades para contribuir para uma atenção ao idoso que vá além dos limites dos cuidados estritos de saúde, utilizando a abordagem do envelhecimento ativo e curso de vida para a otimização das oportunidades para a saúde, participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão envelhecendo e dos que já integram a velhice.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Certificamos que participamos da elaboração do artigo **Aplicação do Guia Cidade Amiga do Idoso em município da zona rural do sul do Brasil**, conforme especificações abaixo:

1. Alessandra M. Ferreira Warmling: participou da análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada do artigo;

2. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello: participou da concepção e projeto, da análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada do artigo;

3. Samuel Jorge Moysés: concepção e projeto, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada do artigo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Censo Demográfico 2010.

Características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro, 2011.

FARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 167-76, 2012.

FERREIRA, O.G.L. *et al.* Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357-364, 2010.

KÜCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos di-lemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n.1, p. 165-180, 2012.

OMS. Guia global: cidade amiga do idoso. 2008. 66p.

PIGNATTI, M.G.; BARSAGLINI, R. A.; SENNA, G.D. Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal matogrossense. **Physis**, v. 21, n. 4, p. 1469-1491, 2011.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013**. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/consulta/>>. Acesso em: 9 de set. 2013.

RAVELLI, A.P.X. *et al.* A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 506-512, 2009.

SANTOS, S.S.C. *et al.* Promoção da

saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogerátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 649-653, 2008.

SANTOS, S.C.C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, 2010.

SILVA, L.R.F. Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional?. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 801-815, 2008.

TAHAN, J.; CARVALHO, A.C.D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 878-888, 2010.

VERAS, R.P.; DUTRA, S. Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. **Physis**, v. 3, n. 1, p. 107-126, 1993.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

WHO. World Health Organization. **Global age-friendly cities: a guide**. Geneva: WHO Press, 2007. 76p.

VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRABALHO GRAVE ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Lady Rosany Silva Almeida¹, Lívia Moreira Barros², Natasha Marques Frota³, Rubens Nunes Veras Filho⁴, Luciene Miranda de Andrade⁵, Joselany Áfio Caetano⁶

RESUMO: Objetivo: identificar o perfil clínico-epidemiológico das vítimas de acidente de trabalho atendidas em um hospital de emergência em Fortaleza-CE. Métodos: Estudo descritivo com uma abordagem quantitativa realizado nos meses de março e abril de 2012 em hospital de referência em traumatologia do Estado do Ceará. A amostra foi de 200 fichas de pacientes vítimas de acidente de trabalho e a coleta de dados ocorreu através de um instrumento estruturado baseado na ficha de notificação de acidentes de trabalho graves do Sistema Nacional de Notificação (SINAN). Os dados foram organizados e tabulados no Excel e importados para o programa *EpiInfo*. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP 11583248-3). Resultados: A maioria dos participantes eram adultos jovens do sexo masculino. Quanto à ocupação, os pedreiros foram os que mais se acidentaram, mostrando que a construção civil está entre os ramos mais propensos a acidentes. Houve um predomínio de acidentes típicos ocorridos após cinco horas de expediente. Os acidentes de trabalho foram mais comuns entre profissionais que tinham experiência superior há três anos e o principal desfecho foi trauma de extremidades em 137 vítimas. Conclusão: Conclui-se que a sobrecarga de trabalho é uma das mais importantes causas de acidentes do trabalho em todo o mundo. O predomínio de acidentes de trabalho entre profissionais mais jovens infere a ausência de treinamentos de segurança. Vale ressaltar que é necessário a elaboração de estratégias educativas com o intuito de orientar os trabalhadores sobre a prevenção de acidentes ocupacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; Acidentes de trabalho; Serviços médicos de emergência.

VICTIMS OF ACCIDENTS AT WORK TREATED AT A HOSPITAL EMERGENCY

ABSTRACT: Objective: To identify the clinical and demographic characteristics of victims of occupational accidents treated at an emergency hospital in Fortaleza-Ceara. Methods: This is a descriptive study with a quantitative approach performed from March and April 2012 at hospital reference for traumatology in the State of Ceara. The sample of 200 records of patients victims of accidents at work and data collection occurred through a structured instrument based on the notification form serious occupational accidents of the National Notification (SINAN). The data were organized and tabulated in Excel and imported into Epi Info. The study was approved by the Ethics in Research Committee (CEP 11583248-3). Results: Most participants were young adult males. Regarding occupation, the masons were the ones that crashed, showing that the construction is among the branches more prone to accidents. There was a predominance of typical accidents occurring after five hours. Work accidents were more common among professionals who had experience over three years ago and the main outcome was trauma ends in 137 victims. Conclusion: It is concluded that the workload is one of the most important causes of occupational accidents worldwide. The prevalence of occupational accidents among younger professionals infers the lack of safety training. Note that it is necessary the development of educational strategies in order to guide workers on the prevention of occupational accidents.

KEYWORDS: Occupational health; Injuries, occupational; Emergency medical services.

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Fortaleza, Ceará, Brasil.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: livia.moreirab@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁴ Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Emergência. Professor da Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁵ Enfermeira. Chefe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Instituto Dr. José Frota (UVE). Professora da Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁶ Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/UFC. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: joselany@ufc.br

Recebido em: 10/03/2013 . Aceito em: 22/03/2013

INTRODUÇÃO

O trabalho, enquanto categoria social expõe aqueles que o exercem a múltiplos condicionantes de acidentes e doenças, gerando prejuízos aos trabalhadores e empregadores, o que se configura como um complexo problema econômico, social e de saúde pública com repercussões nas condições de vida e saúde dos trabalhadores e suas famílias, gerando ônus econômico e social (RIOS *et al.*, 2012). De acordo com o Artigo 19 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, da legislação brasileira, Acidentes de Trabalho (AT) são definidos como eventos que ocorrem pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991).

No cenário mundial, a questão dos AT é uma preocupação para os governos e para as organizações devido as suas implicações econômicas, sociais e familiar. Estima-se que cerca de 2,2 milhões de pessoas morrem anualmente em todo o mundo devido à ocorrência de acidentes de trabalho e a doenças ocupacionais (OSHA, 2009; CHIODI *et al.*, 2010).

Sabe-se que os AT são evitáveis por meio da implementação de políticas públicas e institucionais que favoreçam a sua prevenção através da neutralização ou eliminação de fatores capazes de desencadeá-los⁵. Assim, um ponto crucial é o diagnóstico da situação ocupacional, a qual é relevante para a elaboração de estratégias preventivas pelos serviços de atenção ao trabalhador que contribuam de forma efetiva para a promoção da saúde do trabalhador, prevenção de doenças ocupacionais e AT (CHIODI *et al.*, 2010).

No Brasil, a avaliação da ocorrência de ATs pode ser feita através dos registros existentes no Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) que representa uma ferramenta estratégica de coleta de informações para o conhecimento

das condições de trabalho da população brasileira, podendo trazer benefícios para a identificação das causas dos AT, sendo esta uma importante etapa para a prevenção deste agravo (MIRANDA *et al.*, 2012). Esse sistema possibilita a vigilância às doenças relacionadas ao trabalho, entre elas, os AT fatais, e tem como objetivo coletar dados que serão analisados e utilizados para desenvolver projetos e ações em saúde do trabalhador no contexto das políticas públicas de saúde. Além de registrar os casos de agravos com trabalhadores segurados e servidores públicos, o SINAN permite o registro também de AT de autônomos e desempregados (MIRANDA *et al.*, 2012; SCHERER *et al.*, 2007).

Assim sendo, esse estudo torna-se relevante, pois permite identificar as características clínicas-epidemiológicas dos trabalhadores que sofrem acidentes de trabalho a partir das notificações feitas ao SINAN de forma a fornecer informações e dar subsídios para a promoção de medidas de prevenção de novos acidentes, além de contribuir na criação de ambientes favoráveis aos trabalhadores.

Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo identificar o perfil clínico-epidemiológico das vítimas de acidente de trabalho atendidas em um hospital de emergência em Fortaleza, Ceará.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo retrospectivo e descritivo com uma abordagem quantitativa realizado nos meses de março e abril de 2012 em hospital de referência em traumatologia do Estado do Ceará, o qual possui atendimento de emergência para adultos e crianças.

A população-alvo foi constituída por pacientes que deram entrada na unidade de emergência vítimas de acidentes de trabalho no ano de 2011, sendo a amostra composta por 200 fichas de pacientes vítimas de acidente de trabalho que foram acompanhados pela equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NUHEPI)

mediante investigação epidemiológica a partir da utilização da ficha de investigação do Sistema Nacional de Notificação (SINAN) para acidentes de trabalho. Os critérios de inclusão foram: ficha do SINAN de acidentes de trabalho ocorridos no período de janeiro a dezembro de 2011 com, pelo menos, 80% dos dados.

A coleta de dados ocorreu através de um instrumento estruturado baseado na ficha de notificação de acidentes de trabalho graves do SINAN com as seguintes variáveis: sexo, idade, categoria profissional, tipo de ocorrência, local da ocorrência, condutas aplicadas após o acidente, jornada de trabalho, local afetado, agente causador, tempo de internamento hospitalar e condições de alta hospitalar.

Os dados foram organizados e tabulados no Excel e importados para o programa *Epi Info* para elaboração de resultados. Os dados foram apresentados a partir da estatística absoluta e relativa e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Por se tratar de um estudo documental, foi utilizado o Termo de Fiel Depositário o qual é aplicável em pesquisas com documentos. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e aprovado mediante parecer Nº 11583248-3.

RESULTADOS

Na tabela 1, podemos analisar a caracterização sociodemográfica dos participantes.

A maioria dos participantes era do sexo masculino (92,5%). Ao analisarmos a faixa etária das vítimas de acidentes, observou-se que 88% dos acidentados eram adultos jovens, distribuídos entre 18 a 29 anos (38%), 30 a 39 anos (29%) e 40 a 49 anos (21%). Com relação à escolaridade e ao estado civil das vítimas, observou-se que a maioria dos acidentados (30%) possuía ensino médio completo e tinham vínculo matrimonial (51%). Verificou-se que os acidentes são mais frequentes entre os procedentes de Fortaleza-CE (70,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das vítimas de acidente de trabalho atendidas em um hospital de emergência. Fortaleza, Ceará; 2013

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	185	92,5
Feminino	15	7,5
Faixa Etária		
Até 17 anos	02	1,0
18 a 29 anos	76	38,0
30 a 39 anos	58	29,0
40 a 49 anos	42	21,0
50 a 59 anos	17	8,5
≥ 60 anos	05	2,5
Escolaridade		
Analfabeto	06	3,0
Ensino Fundamental Incompleto	93	X
Ensino Fundamental Completo	09	4,5
Ensino Médio Incompleto	24	12,0
Ensino Médio Completo	60	30,0
Educação Superior Incompleta	02	1,0
Educação Superior Completa	02	1,0
Ignorado	04	2,0
Estado Civil		
Solteiro	59	29,5
Casado	102	51,0
Divorciado	02	1,0
União Estável	32	16,0
Ignorado	05	2,5
Procedência		
Fortaleza	141	70,5
Outros Municípios	59	29,5
TOTAL	200	100,0

Quanto à ocupação, os pedreiros (12,5% - 25) foram os que mais se acidentaram, mostrando que a construção civil está entre os ramos mais propensos a acidentes. As outras profissões que tiveram destaque entre os acidentados foram: serviços gerais (9% - 18), serviços técnicos

(9% - 18), carpinteiro/marceneiro (8,5% - 17), agricultor (7% - 14) e entregador (5% - 10). Em relação à situação empregatícia, a maioria dos participantes tinha carteira assinada (47,5% - 95), 44 (22%) não tinham carteira e 43 (21,5%) eram autônomos.

Tabela 2 - Caracterização do acidente de trabalho de vítimas atendidas em um hospital de emergência. Fortaleza, Ceará; 2013

Variáveis	n	%
Dia da semana do acidente		
Domingo	02	1,0
Segunda	40	20,0
Terça	39	19,5
Quarta	43	21,5
Quinta	28	14,0
Sexta	35	17,5
Sábado	13	6,5
Local de Ocorrência		
Instalações do Contratante	127	63,5
Via Pública	43	21,5
Instalações de Terceiros	21	10,5
Domicílio Próprio	07	3,5
Ignorado	02	1,0
Tipo de Acidente		
Típico	171	85,5
Trajeto	28	14,0
Ignorado	01	0,5
Tempo decorrido para o acidente após início da jornada		
Até 1 hora	22	11,0
1 a 2 horas	31	15,5
2 a 3 horas	21	10,5
3 a 4 horas	18	9,0
4 a 5 horas	14	7,0
> 5 horas	45	22,5
Ignorado	49	24,5
Tempo de Serviço na Empresa		
< 1 ano	63	31,5
1 a 2 anos	29	14,5
2 a 3 anos	19	9,5
> 3 anos	77	38,5
Ignorado	12	6,0
TOTAL	200	100,0

A partir da tabela 2, observou-se que o maior número de acidentes de trabalho com notificação concentra-se entre os dias de segunda a sexta e que o principal local dessas ocorrências são as instalações do contratante (63,5% - 127). Os acidentes de trabalho são classificados em típico (85,5% - 171) e de trajeto (14% - 28). Quanto ao tempo decorrido entre o início da jornada

de trabalho e a ocorrência do acidente, verificou-se que 22,5% (5) dos acidentes ocorreram após cinco horas de expediente. Com relação ao tempo de serviço na empresa, houve um maior número de acidentes entre profissionais que tinham experiência superior há três anos (38,5% - 77) e entre profissionais que tinham menos de um ano de serviço (31,5% - 63).

Tabela 3 - Dados relacionados ao atendimento das vítimas de acidente de trabalho em um hospital de emergência. Fortaleza, Ceará; 2013

Variáveis	n	%
Por quem foi socorrido no local do acidente (1º atendimento)		
Bombeiros	01	0,5
SAMU	45	22,5
Leigos	116	58,0
Profissional de Saúde	18	9,0
Ambulância de Serviços de Saúde	11	5,5
Policiais	03	1,5
Outros	02	1,0
Ignorado	04	2,0
Quem trouxe a vítima ao hospital		
Ambulância de Serviços de Saúde	63	31,5
Amigos / Familiares	105	52,5
SAMU	16	8,0
Iniciativa própria	08	4,0
Polícia	03	1,5
Outros	01	0,5
Ignorado	04	2,0
Atendimento Médico		
Sim	195	97,5
Não	05	2,5
Tempo (horas) para admissão no hospital		
< 1 hora	57	28,5
1 a 2 horas	76	38,0
2 a 3 horas	22	11,0
3 a 4 horas	14	7,0
4 a 5 horas	07	3,5
> 5 horas	19	9,5
Ignorado	05	2,5
Regime de Tratamento		
Hospitalar	68	34,0
Ambulatorial	130	65,0
Ignorado	02	1,0
TOTAL	200	100,0

Quanto ao socorro às vítimas após a ocorrência do acidente, o atendimento pré-hospitalar foi feito por leigos em 116 (58%) acidentes. Observou-se que 105 (52,5%) acidentados foram levados ao hospital por amigos e familiares e 63 (31,5%) pela ambulância de serviços de saúde. A maioria

(97,5% - 195) necessitou de atendimento médico no ambiente hospitalar e o tempo para a admissão demorou entre 1 a 2 horas em 76 (38%) casos. A maioria dos trabalhadores não necessitou de internação hospitalar, tendo atendimento ambulatorial (65% - 130), enquanto que 68 (34%) ficaram internados (Tabela 3).

O acidente de trabalho ocasionou trauma de extremidades em 137 (68,5%) vítimas. O tempo de internamento hospitalar foi inferior a 24 horas em 126 (63%) casos seguido do período de internação de 1 a 2 dias (13% - 26). A evolução da maioria dos casos foi incapacidade temporária devido ao AT (82% - 164), sendo o obtido o estado melhorado (95,5% - 191) como condição de alta hospitalar. A evolução para óbito ocorreu em quatro acidentes (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização das intercorrências com as vítimas atendidas em um hospital de emergência devido ao acidente de trabalho. Dados relacionados ao atendimento das vítimas de acidente de trabalho. Fortaleza/CE. 2013

Variáveis	n	%
Intercorrência		
Trauma Craniano	20	10,0
Trauma Raquimedular	02	1,0
Trauma Torácico	04	2,0
Trauma Abdominal	02	1,0
Trauma de Extremidades	137	68,5
Trauma de Face	03	1,5
Amputação	14	7,0
Politraumatismos	06	3,0
Queimaduras	04	2,0
Outros	06	3,0
Ignorado	02	2,0
Tempo de Internamento Hospitalar		
< 24 horas	126	63,0
1 a 2 dias	26	13,0
3 a 7 dias	09	4,5
8 a 15 dias	13	6,5
16 a 30 dias	12	6,0
> 30 dias	12	6,0
Ignorado	02	1,0
Evolução do Caso		
Cura	16	8,0
Incapacidade Temporária	164	82,0
Incapacidade Parcial	17	8,5
Óbito por Acidente de Trabalho Grave	02	1,0
Ignorado	01	0,5
Condições de Alta Hospitalar		
Melhorado	191	95,5
Evasão	01	0,5
Óbito	04	2,0
Ignorado	04	2,0
TOTAL	200	100,0

DISCUSSÃO

AT são eventos súbitos ocorridos no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, acarretando danos à saúde, potenciais ou imediatos. A notificação de acidentes de alta gravidade indicam que as condições do ambiente de trabalho são precárias e arriscadas, predispondo o trabalhador ao risco de saúde (PIMENTA *et al.*, 2013).

Diante dessa realidade, observa-se que vários são os fatores que influenciam na ocorrência de um acidente ocupacional como características epidemiológicas, valores individuais, formações acadêmicas deficitárias, condições de trabalho, insuficiente capacidade de pressão dos trabalhadores, indiferença dos empregadores e dificuldade de implementação de uma política do trabalhador efetiva, o que resulta no processo de adoecimento dos trabalhadores em que as leis são transformadas em documentos burocráticos (GALON; MARZIALE; SOUZA, 2011).

Percebe-se que o número de acidentes de trabalho prevalece entre os homens, o que nos faz questionar se as mulheres estão sendo mais cuidadosas quanto à prevenção e proteção individual no ambiente de trabalho. Além disso, sabe-se que ainda existe uma desigualdade de gênero na escolha de mulheres para o mercado de trabalho. As taxas de desemprego das mulheres são mais altas do que as dos homens em escala mundial e a crise aumentou esta disparidade em 0,5 a 0,7 pontos percentuais e destruiu 13 milhões de empregos para as mulheres (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2012).

Ao analisarmos a faixa etária das vítimas de acidentes, observou-se que a maioria dos acidentados eram adultos jovens. Por serem um grave problema de saúde pública, os AT acometem grande número de trabalhadores, principalmente os jovens em idade produtiva (PIMENTA *et al.*, 2013).

Pressupõe-se que essa faixa etária deveria ser a menos propensa a ocorrência de acidentes visto que, ao contrário de jovens e idosos, possuem maior destreza para realização de trabalhos complexos. Esse achado corrobora com os resultados de outro estudo que identificou que há uma maior ocorrência de acidentes entre homens com idade superior a 30 anos (GONÇALVES; DIAS, 2011). Vale ressaltar ainda que os indivíduos entre 18 e 29 anos detém o maior número de acidentes, o que nos leva a pensar que esses trabalhadores estão a menos tempo no serviço e possuem um treinamento deficiente para a realização de trabalhos mais complexos.

O predomínio de acidentes entre trabalhadores que possuíam apenas ensino médio pode ser justificado pelo fato de serem pessoas menos qualificadas e, conseqüentemente, exercerem tarefas menos especializadas, que as expõem mais a acidentes, principalmente aos mais graves (MARTINS; SILVA; CORREA, 2012).

A maior notificação de AT em dias úteis pode estar associada ao fato de que, aos finais de semana, o Núcleo de Epidemiologia da instituição encontra-se fechado, o que justifica o número elevado de notificações na segunda-feira. Entretanto, acredita-se que ainda existe uma subnotificação do real número de AT no Estado. A subnotificação é uma realidade no país e dificulta o conhecimento, pelas autoridades competentes, das reais condições em que o trabalho se desenvolve, desqualificando os direitos sociais e securitários ao trabalhador, além de representar um obstáculo para ações de promoção e de prevenção de danos à saúde dos trabalhadores (GONÇALVES; DIAS, 2011).

Uma iniciativa do Ministério da Saúde para diminuir a ocorrência de subnotificações foi o processo de pactuação dos indicadores de saúde do Pacto pela Vida, um dos componentes do Pacto pela Saúde, contemplando indicadores da área de saúde do trabalhador, voltados especificamente para o aumento das notificações. Esse

empreendimento certamente irá estimular gestores municipais a se comprometerem com as ações de saúde do trabalhador e com o papel importante da notificação de agravos relacionados ao trabalho, para o diagnóstico da situação nos territórios de governabilidade (GALDINO; SANTAN, FERRITE, 2012).

Existem dois tipos de AT, o primeiro é o típico que ocorre durante a execução das atividades laborais e o segundo é o de trajeto que se caracteriza pelo dano ocorrido ao trabalhador quando ele sai do domicílio para o trabalho ou retorna dele (RIOS *et al.*, 2012). Nesse estudo houve predomínio dos acidentes típicos e estudos realizados no Brasil revelam que, no ano de 2006, foram registrados 503.890 ATs no INSS, sendo 80,0% (403.264) dos acidentes típicos e 14,7% (73.981) de trajeto (SECCO *et al.*, 2018). É necessário reforçar que a empresa deve fazer a notificação, por intermédio do formulário de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), parte integrante do Ministério da Previdência Social, sempre que ocorre um acidente de trabalho, seja ele típico ou de trajeto (RIOS *et al.*, 2012).

A maior frequência de acidentes laborais no início da jornada de trabalho e após cinco horas trabalhadas, possivelmente, está associada ao fato de, no início de sua jornada, o trabalhador apresentar maior desatenção e ficar, portanto, mais susceptível aos riscos do processo de trabalho, enquanto a maior frequência observada no final da jornada estaria associada a seu cansaço físico e mental (RIOS *et al.*, 2012).

As cargas de trabalho existentes (biológicas, físicas, químicas, psíquicas, mecânicas, entre outras) em jornadas regulares longas geram processos de desgaste, são improdutivas e danosas para os trabalhadores. O planejamento da duração das jornadas de trabalho ajuda a manter a saúde do trabalhador e, desse modo, sua capacidade produtiva, funcionando como um incentivo para as empresas investirem no aperfeiçoamento de

sua tecnologia e no aumento da capacidade de administração da equipe de trabalho (GALON; MARZIALE; SOUZA, 2011; ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2012).

Observou-se que a maioria dos acidentados necessitou de atendimento médico no ambiente hospitalar. A alta frequência de AT revela o impacto desse problema de saúde pública sobre os serviços de saúde, pois contribuem para o aumento da demanda nos serviços especializados, da ocupação hospitalar, incluindo leitos de Unidade de Terapia Intensiva, do tratamento clínico ambulatorial, dos serviços de reabilitação fisioterápica ou de atendimento psicoterápico por tempo prolongado, além dos custos hospitalares, o que gera uma queda na qualidade dos serviços prestados e a insatisfação do usuário devido às filas extensas (SANTANA *et al.*, 2009).

Serviços de urgência e emergência são unidades referência para pacientes críticos, como também são portas de entrada hospitalares do sistema de saúde brasileiro e são conhecidos igualmente pelas grandes demandas, superlotações, grande desgaste de pacientes na busca por atendimento, e do profissional (SIMOES, URBANETTO, FIGUEIREDO, 2013). Assim, com o impacto dos acidentes e violências na demanda assistencial das urgências e emergências dos hospitais brasileiros, é preciso considerar a necessidade de estruturação de uma rede assistencial hierarquizada e resolutiva. Investimentos maciços na prevenção dos acidentes e violências e na promoção de ambientes não-violentos poderiam possibilitar a diminuição da demanda sobre os serviços hospitalares de urgência e de reabilitação (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008).

Os traumas de extremidades apresentaram quantidade significativamente maior em relação a outros tipos de traumas, esse resultado pode estar associado ao aumento do número de obras em construção civil que estão sendo realizadas em todo o país (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2013).

A gravidade dos traumas é uma informação importante para a vigilância, planejamento e a gestão em saúde. Além de preditora da incapacidade, se associa ao tipo, complexidade e duração do tratamento e, portanto, dos custos diretos e indiretos (SANTANA *et al.*, 2009). Nesse estudo, identificou-se uma taxa de mortalidade de 1%. Esse achado revela a importância dos acidentes de trabalho para a saúde pública ao representar componente expressivo das mortes por causas externas e incapacidade decorrente de situações evitáveis (SANTANA *et al.*, 2009).

De acordo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), 321.000 pessoas morrem a cada ano como consequência de acidentes no trabalho e os países em desenvolvimento são os que mais se prejudicam com essas ocorrências, pois os custos atribuídos às mortes e lesões são elevados devido ao grande número de pessoas que está empregada em atividades perigosas como a agricultura, a construção civil, a pesca e a mineração (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2013).

A partir dos dados desse estudo percebe-se que a melhoria das informações dos acidentes de trabalho, especialmente na rede de serviços de emergência, com parâmetros de gravidade, constitui-se como uma etapa fundamental para prevenção deste importante problema de saúde pública tendo em vista que esses acidentes podem ser prevenidos, pois já se conhecem grande parte dos seus determinantes e medidas – políticas, administrativas e legais (SANTANA *et al.*, 2009). Como estratégias a promoção da saúde dos trabalhadores, faz-se necessário a intensificação da fiscalização dos órgãos competentes para que os ambientes de trabalho não sejam inseguros, arriscados e insalubres e a implementação de políticas públicas voltadas para a criação de empregos, aumento salarial e melhoria da renda da população (PIMENTA *et al.*, 2013).

Outras estratégias que podem ser adotadas com intuito de reduzir o número de

ATs são: melhor organização e articulação entre os diferentes serviços da instituição, implementação de políticas educacionais e de prevenção aos profissionais sobre essa problemática, monitorização dos riscos laborais contínua e sistemática (MARTINS; SILVA; CORREA, 2012).

Para a OIT, de acordo com a Recomendação nº 171, uma das ações de vigilância do ambiente de trabalho envolve as visitas de profissionais qualificados em saúde e segurança para examinar o local e as condições laborais, com o objetivo de detectar precocemente qualquer alteração que possa causar danos à saúde dos trabalhadores. Entretanto, no Brasil, as leis identificadas pouco enfocam essa ação na avaliação da saúde e segurança dos trabalhadores. Quanto ao trabalhador, o mesmo precisa buscar conhecimento sobre os riscos a que está exposto no ambiente de trabalho e sobre as legislações trabalhistas no sentido de identificar seus direitos e deveres e se integrar efetivamente no campo da Saúde do Trabalhador (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2008).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a sobrecarga de trabalho é uma das mais importantes causas de acidentes do trabalho em todo o mundo. O predomínio de acidentes de trabalho entre profissionais mais jovens infere a ausência de treinamentos de segurança. Observou-se que é necessária a elaboração de estratégias educativas com o intuito de orientar os trabalhadores sobre a prevenção de acidentes ocupacionais, bem como ações de promoção da saúde principalmente entre os indivíduos do sexo masculino, pois são os mais acometidos por intercorrências no ambiente de trabalho.

Destaca-se que os dados obtidos nesse estudo permitiram identificar o perfil dos acidentes de trabalho que são atendidos no hospital em questão, proporcionando dados para a adoção de medidas preventivas e trazendo para os empregadores e

empregados, meios de trabalhar com os riscos, a fim de reduzir o número de acidentes de trabalho, bem como diminuir suas sequelas. Vale ressaltar que, para se evitar sequelas, é necessário um atendimento rápido e ágil, daí a importância das ações sociais com a saúde do trabalhador, efetivando o atendimento sem déficits no local do acidente, bem como no hospital ao qual será encaminhado e acompanhado.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas da elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da “seguridade social, institui plano de custeio e de outra providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jul. 1991. Seção 1.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA. SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (OSHA). **Estatísticas de acidentes de trabalho** [Internet]. 2009. [Citado em 29 ago 2013]. Disponível em: <http://pt.osha.eu.int/statistics/static.smt>

CHIODI, M.B. *et al.* Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2010;31(2):211-7.

DESLANDES, S.F.; MINAYO, M.C.S.; LIMA, M.L.C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.24, n.6, p.430-440.

GALDINO, A.; SANTANA, V.S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil.

Cadernos de Saúde Pública, v.28, n.1, p.:145-159, 2012.

GALON, T.; MARZIALE, M.H.P.; SOUZA, W.L. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes.

Revista Brasileira de Enfermagem, v.64, n.1, p.160-167.

GONÇALVES, C.G.O.; DIAS, A. Três anos de acidentes do trabalho em uma metalúrgica: caminhos para seu entendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p.635-646, 2011.

MARTINS, M.D.S.; SILVA, N.A.P.; CORREIA, T.I.G. Accidents at work and its impact on a hospital in Northern Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.2, p.217-225, 2012.

MIRANDA, F.M.D.A. *et al.* Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho fatais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.2, p.45-51, 2012.

PIMENTA, A.A. *et al.* Acidentes de trabalho ocorridos entre adolescentes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.22, n.2, p.279-284, 2013.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Duração do trabalho em todo o mundo: tendências de jornadas de trabalho, legislação e políticas numa perspectiva global comparada**. Genebra, 2009. Disponível em: <http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/work_hours/pub/duracao_trabalho_284.pdf>. Acesso em: 20 set 2013

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Desigualdades de gênero no mercado de trabalho: dois**

passos adiante, um atrás. Genebra, 2012. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/content/desigualdades-de-genero-no-mercado-de-trabalho-dois-passos-adiante-um-atras>>. Acesso em: 20 set 2013.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Doenças profissionais são principais causas de mortes no trabalho**. Genebra, 2013. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/content/doencas-profissionais-sao-principais-causas-de-mortes-no-trabalho>>. Acesso em: 20 set 2013.

RIOS, M.A. *et al.* Occupational injuries and diseases in the municipality of Jequié, state of Bahia, Brazil, registered in National Institute of Social Security, 2008-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, n.2, p.315-324, 2012.

SANTANA, V.S. *et al.* Gravidade dos acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.3, p.750-760.

SECCO, I.A.O. Typical occupational accidents with employees of a university hospital in the south of Brazil: epidemiology and prevention. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v.16, n.5, p.824-831.

SCHERER, V. SINAN.NET: um sistema de informação à vigilância na saúde do trabalhador. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.3, p.330-337, 2007.

SIMÕES, C.G.; URBANETTO, J.S.; FIGUEIREDO, A.E.P.L. Ação interdisciplinar em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde**, v.6, n.2, p.127-134.

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS SOBRE O TOQUE RETAL

Silvio Éder Dias da Silva¹, Jeferson Santos Araújo², Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues³
Esleane Vilela Vasconcelos⁴, Vander Monteiro da Conceição⁵, Merian Araújo Cruz⁶
Natacha Mariana Farias da Cunha⁷

RESUMO: O exame clínico do toque retal é de grande importância para prevenção do câncer de próstata, sendo essencial sua realização para a precocidade do diagnóstico deste tipo de câncer. Objetivou-se descrever as representações sociais de homens sobre o toque retal e analisar as implicações dessas representações para o cuidado preventivo do homem. Trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, em que foi utilizado o método de história de vida e aplicou-se bases conceituais da Teoria das Representações Sociais. O local do estudo foi um ambulatório de tratamento oncológico. Aplicou-se um questionário com perguntas semiestruturadas a 17 usuários homens do devido serviço que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. A análise de dados se deu mediante a análise temática. Os aspectos éticos foram respeitados. Após a análise do material emergiram três grandes unidades temáticas: toque retal: do desconhecimento a familiarização; toque retal: um cuidado (des)necessário; um toque de vida: a prevenção como forma para melhor cuidar. As representações sociais dos homens sobre o toque retal possibilitaram conhecer e compreender a real dimensão dos problemas acarretados a eles pela ausência desta prática no seu cotidiano ofereceu contribuições para a atuação dos profissionais de saúde na área da Saúde Coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do homem; Cuidados de enfermagem; Enfermagem oncológica; Neoplasias de próstata.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF MEN ON RECTAL TOUCH LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LOS HOMBRES DE TACTO RECTAL

ABSTRACT: Clinical examination of the rectal examination is of great importance for the prevention of prostate cancer, its realization is essential to the early diagnosis of this cancer. This study aimed to describe the social representations of men on the rectal and analyze the implications of these representations for preventative care of man. This is an exploratory study, a descriptive qualitative approach, which was used in the method of life history and applied conceptual basis of the Theory of Social Representations. The study site was an outpatient cancer treatment. We applied a questionnaire with semi-structured questions to 17 men because service users who agreed to participate by signing the consent form. The analysis of data was by thematic analysis. The ethical aspects were respected. After the analysis of the material revealed three major thematic units: rectal: lack of familiarity; rectal examination: a caution (un) necessary, a touch of life: prevention as a way to better care. Social representations of men on the rectal allowed to know and understand the real extent of the problems posed to them by the absence of this practice in their daily offered contributions to the work of health professionals in the area of Public Health.

KEYWORDS: Men's health; Care of Nursing, Oncology nursing; Prostate neoplasms.

¹ Enfermeiro, Doutor pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Membro do Grupo de pesquisa Política e Tecnologia em Enfermagem da Amazônia (EPOTENA) e Núcleo de Pesquisa GEHCES - Grupo do Estudo de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde/UFSC, Florianópolis, Santa Catarianna, Brasil. E-mail: silvioeder2003@yahoo.com.br/
silvioeder@ufpa.br

² Enfermeiro, Doutorando em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Enfermagem Oncológica. Bolsista CNPQ. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: jefaraujo@usp.br

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem do DINTER UEPA/EEAN/UFRJ, Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: ilar@globo.com

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará(UEPA). Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa EPOTENA. E-mail: leanevas@hotmail.com

⁵ Enfermeiro, Especialista em Integralidade na Atenção Oncológica. Doutorando em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Bolsista FAPESP. E-mail: vandermonteiro@usp.br

⁶ Enfermeira da Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará-HEMOPA e da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, Belém, Pará, Brasil.

⁷ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: natachacunha-@hotmai.com

Recebido em: 15/01/2013 . Aceito em: 27/02/2013

INTRODUÇÃO

O presente estudo emergiu do projeto de pesquisa que possuía como enfoque principal a representação social dos pacientes portadores de câncer de próstata, neste momento percebeu-se que os sujeitos tinham em suas falas o conhecimento consensual sobre a anatomia e função da próstata por nela estar localizada a sua doença, a qual foi descoberta a partir de surgimento de sintomas que evidenciavam que havia alguma coisa de anormal com ela e não por suas práticas preventivas.

Ficou claro neste momento que o tratamento da doença ainda é muito confundido pela população como meio de prevenção, fazendo com que os homens deixem de realizar o exame preventivo, o toque retal. A ponto de afirmarem que preferiam morrer a ter que se submeter ao exame. Então se evidenciou a necessidade de conhecer a representação desse grupo sobre a prática do toque retal, uma vez que tal assunto não foi abordado na pesquisa referenciada.

Como se sabe, o diagnóstico precoce pode evitar a evolução do câncer e aumentar a sobrevida e eficácia do tratamento, no entanto o estigma que os homens sentem em se submeterem ao exame de toque retal faz com que o diagnóstico do tumor seja feito tardiamente, reduzindo assim, as chances de cura do paciente. Nesse sentido, tal diagnóstico acaba tornando-se verdadeira sentença de morte, por centralizar-se unicamente na incógnita sobrevida do indivíduo e em terapêuticas que melhorem a qualidade de vida do paciente.

Evidencia-se que pelo fato dos homens temerem que a próstata ameaçasse sua virilidade, força e poder culturalmente construído fazia com que sofressem em silêncio, atribuindo todos os problemas ocasionados por seu comprometimento a idade avançada. Tal realidade favorece que o câncer seja mencionado no último momento.

A relevância de um estudo de representação social preside no fato deste

estar implicado de forma persistente em alguma prática do grupo, estando inserida em sua conversação, assim como em exposição nos meios de comunicação em massa. Reportando esta idéia para o estudo em questão, o mesmo apresenta total aderência a temática em questão, logo propôs-se estudar homens que estão acometidos de câncer de próstata, e que tem de forma rotineira se submeterem ao exame do toque retal para avaliação de sua próstata, o que favorece a inserção desta prática no seu cotidiano.

OBJETIVOS

Para melhor compreensão desse fenômeno sentiu-se o interesse de estudar a experiência de homens que se submeteram ao toque retal, para isso traçou-se os seguintes objetivos: descrever as representações sociais de homens sobre o toque retal; Analisar as implicações dessas representações para o cuidado preventivo do homem.

MÉTODOS

Este estudo será descritivo-exploratório, com o emprego de uma abordagem qualitativa, utilizando o método de história de vida para captar as representações sociais dos sujeitos do estudo acerca do tema em questão.

A abordagem qualitativa foi selecionada por investigar o objeto de estudo por meio da apreensão do universo subjetivo de um determinado grupo de indivíduos, além do fato de acreditar na indissociabilidade entre mundo real e simbólico. Ressalta-se que esta modalidade de estudo tem como fundamento uma relação dinâmica, uma interdependência viva entre o indivíduo e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTI, 2003). Sendo assim, por meio da captação dos relatos da população estudada, sabe-se a realidade objetiva que a circunda.

A pesquisa foi desenvolvida no centro

no ambulatório do Hospital Ophir Loyola, referencia na região Norte em tratamento oncológico. Aplicou-se um questionário com perguntas semiestruturadas a 17 usuários do devido serviço que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido.

A técnica de coleta das narrativas dos homens para produção de fontes orais foi a entrevista semiestruturada. Trata-se de uma técnica fundamental para captação de dados de uma pesquisa, pois a fala que emerge a partir de sua realização é reveladora de categorias estruturais, de princípios de valores, normas e símbolos. Ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, por meio de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2007). Evidencia-se que nos trabalhos de representações sociais existe a necessidade de se trabalhar com um grupo social, pois somente neste tipo de grupo é elaborado o conhecimento consensual. Por tal motivo, o número de sujeitos da pesquisa tem que ser representativo de um grupo, ou seja, não pode ser um número insignificante. Ressalta-se que se empregou a técnica da saturação de dados, que diz respeito à repetição dos discursos como forma de delimitar a amostragem deste estudo (PADILHA *et al.*, 2007).

A pesquisa foi orientada pela Portaria nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996) e aprovada pelo comitê de ética da Universidade do Estado do Pará, recebendo o número de protocolo 00440321000-08 Campus IV/CCBS/UEPA.

Após o término das entrevistas, foi realizada a transcrição das mesmas. Para trabalhar as informações, optou-se pela análise temática. Consiste na significação que se desprende do texto, permitindo sua interpretação sob o enfoque da teoria que guia o estudo. Esta técnica de análise propicia conhecer uma realidade, através das comunicações de indivíduos que tenham vínculos com a mesma (BARDIN, 2008).

Buscou-se desdobrar a análise

temática em três etapas: a primeira é a pré-análise, que consistiu na seleção e organização do material, quando realizada a leitura flutuante e a constituição do corpus; a segunda é a exploração do material; e a terceira, o tratamento dos dados (BARDIN, 2008). Ao final da análise, chegou-se às seguintes categorias temáticas: Toque retal: do desconhecimento a familiarização, Toque retal: um cuidado preventivo (des)necessário, e um toque de vida: a prevenção como forma para melhor cuidar.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Toque retal: do desconhecimento a familiarização

O exame clínico do toque retal é de grande importância para prevenção do câncer de próstata, sendo essencial sua realização para a precocidade do diagnóstico deste tipo de câncer. Ressalto que exames como o PSA (*Prostatic Specific Antigen*) e a ultra-sonografia da próstata, não o substituem, mas sim o complementam. Evidencia-se que esta informações, pois ao me deparar com o material produzido pelos depoentes constatei que sete (07) não sabiam a finalidade do toque, antes do acometimento da doença: (...) *eu não pensei que tivesse esse exame, eu não sabia o que significava o toque retal.*" (E₁₀)

O exame clínico do toque retal não é tão difundido pela mídia como o auto-exame das mamas e o preventivo do câncer cérvico uterino, o que contribui para o desconhecimento de sua importância para o diagnóstico precoce do câncer de próstata por parte da população masculina. Evidencio que a inserção de uma comunicação midiática dos benefícios dos dois primeiros exames supra citados, foi relevante para redução de danos ocasionados pelo câncer de mama e do colo do útero na população feminina. Conforme evidenciam pesquisas estatísticas sobre o avanço dessas patologias.

A comunicação é importante por

desempenhar um papel essencial nas trocas e interações de um referido objeto social, contribuindo assim para a elaboração e consolidação de um universo consensual (JODELET, 2001). Nos dias atuais com a presença das indústrias midiáticas e o aumento da população alfabetizada, a comunicação é fundamental para as trocas simbólicas, por se tratar de um mecanismo de relação básica na sociedade globalizada (GUARESCHI, 2000a).

Na atualidade, a produção e circulação das formas simbólicas na sociedade não podem ser separadas dos meios de comunicação de massa, o que os torna primordiais para inserção destas formas no cotidiano da população. A esta troca entre produtores e receptores denomina-se de transmissão cultural, e é nesta contextualização que uma determinada realidade se consolida na esfera pública (THOMPSON, 2000). Destaca-se esta citação como forma de se compreender a importância de se veicular na mídia informações sérias que circundam um determinado objeto social, pois a forma como este é apresentado para o público é fundamental para sua crença, ou descrença, pelo meio social.

Na atualidade o que chama a atenção é forma cômica e pejorativa como o exame do toque retal é colocada nos meios de comunicação de massa. Uma amostra desta realidade encontra-se no programa humorístico *Casseta e Planeta*, quando mostra um comediante disfarçado de médico com um dedo postiço desproporcional a sua estatura, solicitando ao outro protagonista para se submeter ao exame do toque retal. Fatos semelhantes a este contribuem para banalização ou diluição da realidade de seriedade que contextualiza a prática deste exame, como podemos observar na narrativa da pesquisa:

O toque retal pra mim é uma chatice (risos). Ainda mais quando eu olhei o dedo do doutor, e era desse tamanho, aí eu pensei estou ferrado (risos). (E₁₂)

O uso da ironia é outra estratégia

empregada pelos meios de comunicação social quando uma informação relevante à sociedade é transformada em algo sem importância (GUARESCHI, 2000b). Reportando-se ao estudo, a existência deste ambiente cômico que circunda esta forma de exame, faz com que seja entendido pela esfera social como algo sem importância, que não merece crédito.

Esta forma de exame tem que ser tratada de forma relevante e não cômica pelos meios de comunicação de massa, pois a banalização de sua prática contribui para que os diversos grupos sociais o entendam como algo “cômico” e não com o grau de seriedade que se deve despendar ao assunto. Pensa-se que a ausência de uma comunicação impregnada com a finalidade e importância da realização do exame favorecerá não somente a diminuição da prevalência, como da morbidade do câncer de próstata.

Nesse estudo pode-se perceber a importância desta prática informativa quando dez (10) entrevistados, após a primeira consulta com o médico, conseguiram inserir no seu cognitivo a finalidade e objetivo desta forma de exame, como se pode constatar no seguinte relato:

(...) é justamente para saber se a próstata está normal ou não, quando está normal não é necessário fazer o PSA, mas quando ele sente (o médico) que alguma coisa está normal, que há algo estranho, ele explica: vamos ter que fazer o PSA porque tem algo estranho.” (E₂)

Todos os depoentes procuraram os serviços de saúde para identificar e iniciar o tratamento para a doença que os acometia. Nesse momento tiveram o primeiro contato com o saber médico, ou seja, acesso a uma forma de conhecimento que é denominado de reificado. Essa favoreceu que estes passassem a conhecer e identificar a necessidade do exame do toque retal, PSA e até da USG da próstata.

O conhecimento reificado do médico ao ser apresentado aos depoentes é visto

como uma realidade nova que precisa ser assimilada, inserida no cognitivo do indivíduo. Nesse momento realizou-se os processos de emergência de uma representação social: a objetivação e a ancoragem, o primeiro tornou esta nova forma de conhecimento concreto, para posteriormente ser ancorado a um conhecimento pré existente, e inserido no hábito dos entrevistados gerando assim um conhecimento consensual, o saber do senso comum, isto é uma representação social.

Já no que se refere a aquisição do saber científico, nas sociedades modernas, o novo é comumente gerado ou trazido à luz por meio dos universos reificados da ciência ou das profissões especializadas; a exposição deste novo é que insere o não familiar na sociedade (MOSCOVOCI, 2007). Reportando-se esta idéia para a pesquisa, o saber médico é o conhecimento novo que é apresentado ao sujeito, tendo esse a necessidade de torná-lo conhecido, ou seja o não familiar foi convertido em saber consensual pelo grupo, tornando-o familiar.

Além do surgimento desta nova forma de saber reificado apresentado ao grupo em questão cada componente o recebeu, processou, imprimiu o seu conhecimento pessoal e posteriormente compartilhou com o seu grupo. Este momento foi muito visível no estudo, pois todos os depoentes sempre compartilhavam suas experiências no momento que antecediam suas consultas, isto se dava por meio da conversação. Este processo de gênese das representações sociais tem espaço nas mesmas circunstâncias, e no mesmo tempo em que se manifestam por meio da “arte da conversação” muito presente na vida cotidiana.

A meta de toda representação social é o de transformar algo não familiar, em familiar. Mas ela não é produzida unicamente para se lidar com situações ansiógenas, pois também propicia uma mudança de comportamento sobre um determinado objeto psicossocial, que afeta um grupo social. Isto é uma realidade social que gerava ansiedade, por sua estranheza, após ser inserido no cognitivo do indivíduo, torna-se conhecida, possibilitando

assim uma mudança de comportamento (MOSCOVICI, 1978).

Evidencia-se que nos universos reificados circulam as ciências, o pensamento erudito com todo seu rigor lógico e metodológico. Já nos universos consensuais estão presentes as atividades intelectuais que surgem nas interações sociais presentes no cotidiano, é neste que são produzidas as representações sociais (MOSCOVOCI, 2007).

O conhecimento científico funciona como uma matéria prima que será moldada pelo indivíduo e pelo seu grupo de pertença para o surgimento de uma representação social, que possui um poder prescritivo sobre uma determinada realidade, que consiste no ato de se submeter a exame clínico do toque retal para diagnosticar e tratar sua doença. A partir desta contextualização o ambiente de desconhecimento que circunda o exame preventivo do câncer de próstata, passa a ser conhecido pelo grupo por mim pesquisado, ou seja o novo torna-se familiar e passa a orientar as condutas de todos os entrevistados.

Nesta unidade pode-se constatar o universo de desconhecimento que pairava sobre os entrevistados no que se referia a prática do exame do toque retal. Foi percebido que a ausência de uma informação que evidenciasse a sua seriedade veiculada nos meios de comunicação de massa foi marcante para a gênese desse ambiente de estranheza. Já quando este exame é tratado de forma cômica e irônica pela mídia favorece sua banalização pelo meio social.

Tornou-se evidente que todos os depoentes somente tiveram acesso as informações que se referiam a importância da prática desta forma de exame, quando já estavam acometidos pela doença, por meio do conhecimento do médico que os atendeu em suas consultas. A partir desse momento o conhecimento reificado é reelaborado e assimilado gerando um novo conhecimento, o consensual – uma representação social que evidencia a importância da realização do toque retal.

Toque retal: um cuidado preventivo (des)necessário

O cuidado é um comportamento desenvolvido pela humanidade desde de seus primórdios, quando por exemplo os líderes tribais protegiam seus grupos do perigo de outros animais usando o fogo, ou quando as mulheres auxiliavam em partos e ajudavam a mulher a cuidar do seu recém nascido durante todo seu puerpério (WALDOW, 2001). O cuidado é uma ação realizada no sentido de fazer o que é eticamente correto.

De acordo com Boff (1999), outro aspecto que se remete a palavra cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Considera ainda que o cuidado é uma atitude intrínseca de natureza humana, tal postura de cuidado pode provocar preocupações, inquietações e sentido de responsabilidade com o outro e consigo mesmo. O cuidado é uma forma de valorização de algo que o indivíduo considera como fundamental e importante na sua vida, como por exemplo a saúde.

No entanto os sujeitos da pesquisa reconhecem como fundamental para a manutenção de sua saúde a realização de exames como PSA, USG como medidas preventivas para o câncer de próstata, contudo rechaçam o exame do toque retal como prática regular, desconhecendo a falibilidade dos demais exames, como por exemplo a dosagem do PSA no sangue, uma vez que outros fatores que não o câncer podem levar a uma alteração dos seus níveis, como a prostatite, ejaculação, realização de citoscopia, hiperplasia benigna da próstata entre outros.

Hoje eu já entendo a necessidade desse toque, mas só no último caso, porque tem outras maneiras (de diagnóstico) como o PSA e a ultrassonografia (E₁₇).

Reportando-se a esse estudo percebe-se que os depoentes não tinham a prática preventiva do toque retal como um cuidado à sua saúde, pois não se preocupavam com

a doença uma vez que acreditavam ser uma patologia distante deles, no entanto quando se descobriram doentes com câncer de próstata mudaram tal concepção. Como podemos ver na seguinte fala:

Eu fui começar a fazer (toque retal) com 70 anos. Eu não fazia porque eu nunca me preocupei com isso, eu nunca parei para pensar, eu não achava que o câncer fosse acontecer comigo. (E₁₂)

O cuidado emerge para o homem sob duas perspectivas: por um lado é aquele requerido para a manutenção da vida na busca da cura, pautada na credibilidade nas diversas modalidades de tratamento para o câncer de próstata. Por outro lado, o cuidado também aparece como ligado à saúde, quando alguns depoentes consideram como cuidado a prevenção do câncer através de realização de exames.

Cuidado eu acho que é obedecer ao que o médico determina, não relaxar com o tratamento e fazer o exame do câncer. (E₃)

As mulheres diferentes dos homens já nascem com o atributo de cuidar: cuidar dos filhos, das atividades domésticas entre outras, não agindo diferente com a sua saúde e por isso aderem mais facilmente às práticas preventivas do câncer de mama e colo uterino, por exemplo. Podemos dizer que o cuidado foi feminilizado por modelos sociais construídos no decorrer da história, a exemplo da mulher como símbolo de cuidadora e ao homem como sustentáculo financeiro do lar, não dando muita importância ou mesmo não tendo tempo para desenvolver a prática de exames preventivos. Pode-se evidenciar isso na fala de um dos depoentes:

Eu porque me descuidei, só pensando em trabalho e trabalho, só tenho tempo para o meu serviço. Eu sabia que eu tinha que fazer (toque retal), mas nunca dei muita importância (E₉).

Na verdade o cuidado é descoberto pelos sujeitos da pesquisa após encontrarem-se doentes de câncer, que é

uma doença socialmente carregada com estigmas, medo e representação da brevidade da vida. Ressalta-se o significado desse medo para a nossa sociedade do câncer, não é menor que os grandes medos do passado, e ele continua sendo obcecante ainda hoje. Mesmo podendo ser curado em certos números de casos, o câncer esta associado, em nossas representações, a morte, exatamente como ocorria com as epidemias no passado (ADAM; HERZLICH, 2001).

Reconhece-se na fala de oito (08) clientes que esse cuidado foi interiorizado como necessário, por ocasião do medo do câncer e da morte, ficando caracterizado um cuidado como um modo de sobrevivência, pois em algumas falas os depoentes reconhecem que só realizaram o toque retal por terem medo da morte, e/ou por sentirem-se obrigados pelo médico o qual é reconhecido como detentor do conhecimento reificado.

Eu sei que aquilo (toque retal) é um trabalho da medicina, a gente tem que se submeter desde que eles achem adequados. (E₁₁)

Encontrou-se na fala de um depoente uma forma de cuidado alternativo – Ioga e a Hipnose, realizadas por ele antes mesmo da doença e intensificado após seu diagnóstico, ele verbalizou que através de auto-sugestão mandava mensagens ao seu organismo para reagir ao câncer de próstata, esse comportamento tinha como objetivo a cura e favorecer a melhor aceitação da enfermidade, bem como o aumento da esperança de restabelecer a sua saúde.

O cuidado sempre foi o foco de interesse da Enfermagem o qual é entendido como afeto, atenção, preocupação, educar, escutar, orientar, conforto e conjuntos de atividades que possam promover o bem-estar e a restauração holística do indivíduo e não unicamente realização de procedimento e técnicas (WALDOW, 2001).

O processo de cuidar se dar por meio da interação Enfermeira-cliente o qual é

fomentado pela empatia e o acolhimento que este recebe por parte deste profissional, entendesse aqui como acolhimento uma postura interna do profissional que se traduz numa disponibilidade para escuta, que deve ser qualificada, de continência, de solidariedade e possibilidade de ajuda (OLIVEIRA; FARIAS, 1997). Isso eu pude perceber na fala de seis (06) depoentes quando questionados sobre o que entendiam por cuidado de enfermagem.

É tratar bem o paciente, a enfermeira que trata bem o paciente é uma maravilha, mesmo a gente na hora pior que a gente esteja, mas a gente se sente bem, porque a enfermeira chega conversa um pouco, distrai a gente. Mas quando ela chega faz o que tem que fazer nem explica nada, essas não sei não. (E₆)

Percebe-se que a representação sobre o cuidado de enfermagem para os depoentes é ser bem atendido e receber atenção apropriada deste profissional, o saber consensual deste grupo não reproduz conhecimento científico na íntegra, mas uma nova forma de conhecimento que fundamenta a importância da arte de ser cuidado pela enfermagem.

A Enfermagem tendo clientes que já entendem o significado do seu cuidado facilita a implementação de programas preventivos que enfatizem o cuidado do homem com a sua saúde através de adoção de práticas preventivas entre elas o toque retal. Um modelo de atenção que valorize a especificidade do universo masculino, a sua maneira de pensar e sentir favorecera a desmistificação do preconceito, tabu e crenças que pairam em torno do toque retal, e incluindo-o como sujeito ativo e participante desse processo.

Um toque de vida: a prevenção como forma para melhor cuidar

A prevenção consiste “no conjunto de medidas que visam evitar algo”, quando estas medidas são postas em prática

estamos nos prevenindo, ou prevenindo o outro quanto a uma determinada doença.

No que remete cura do câncer, o melhor procedimento que pode ser utilizado pela medicina consiste no ato da prática preventiva, entretanto evidenciam que no caso do câncer, por ocasião da maioria dos exames serem caros ou invasivos, e por não estarem disponíveis para a população como um todo esta realidade não ocorre (SILVA; SOUZA, 2004).

Quando os depoentes foram intercalados por dois questionamentos: quando eu falo em prevenção você pensa em? e o que é prevenção para você? destacou-se três temas que ligaram a prevenção ao tratamento, informação e ao ato de se submeter a exames, como se pode perceber no seguinte relato:

Eu penso que um tratamento muito difícil... passei três meses fazendo consulta e exames e agora estou fazendo radioterapia. (E5)

Esta realidade emergiu com o surgimento do modelo da relação médico-paciente, elaborado por Parsons, que preconiza um modelo consensual do tratamento das doenças agudas. Na sociedade ocidental as doenças agudas cederam espaço para as crônicas, que ao contrario das suas antecedentes não são plausíveis de cura, mas somente de manutenção. Por tal motivo não se pode compreender como equivocada a representação social, dos sujeitos aqui pesquisados, que concebe a prevenção como uma forma de tratamento, pois a esfera social encontra-se impregnada pela concepção de que doença não se previne, trata-se.

A comunicação sobre a relevância da prática prevencionista para esta patologia encontra-se pouco difundida, estando na maioria dos casos restritos a cartazes que falam sobre da a ligação da doença com maturidade do homem. Mas não esclarecem seus riscos, nem tanto a finalidade de exames como o toque retal e o PSA,

favorecendo o desconhecimento, conforme abordado na primeira unidade temática deste estudo. Este fato condiciona a não realização dos exames mencionados - o novo (o toque retal) quando não apresentado não é ancorado no cognitivo do indivíduo, fundamentado assim a sua resistência, e uma prática discredenciada pelo mesmo.

Outro ponto relevante diz respeito a realização do exame clínico do toque retal como uma rotina necessária por parte dos depoentes, pois estes somente o realizavam por ocasião da solicitação médica. Esta realidade pode ser observada nos seguintes relatos:

(...) eu fiz várias vezes o exame (de toque retal)... por que eu sei que aquilo é um trabalho da medicina a gente tem que se submeter, desde que eles achem adequado (...) (E3)

A relação médico-paciente permitiu uma assimetria e uma consensualidade simultâneas. Pois é assimétrico porque ao médico cabe a obrigação resolver o problema do doente, ou seja o primeiro é ativo enquanto o segundo é passivo (SILVA; SOUZA, 2004). A consensualidade surge por ocasião do paciente reconhecer o poder do médico, e por tal motivo seguir o que é preconizado pelo mesmo, uma relação terapêutica fundamentada em uma forte reciprocidade. O autor ainda esclarece que este modelo objetiva o médico como o único detentor de competência para declarar o indivíduo como doente.

O reflexo do ambiente de estranheza que circula o exame do toque retal, aliado ao modelo curativo vigente e a ausência de um conhecimento consensual da prática de fazer este exame como forma preventiva, e não unicamente como avaliação das dimensões da doença que afeta o indivíduo. Estes fatores contribuíram para que os entrevistados representassem essa forma de exame como uma rotina necessária, uma obrigação para se continuar a viver, como se segue no relato abaixo:

Bem o toque retal é um negocio triste, meio chato... é feito, mas sendo obrigatório, é o jeito porque a vida está sempre em primeiro lugar. (E15)

Cabe elucidar que o toque compromete também a virilidade masculina, qualidade marcante para a idealização do homem prescrito pela cultura vigente. Ressalto que esta contextualização esta muito presente no imaginário social (SILVA; SOUZA, 2004), o que propicia o ato de se submeter a este tipo de exame como uma prática homossexual, realidade que contribui para o avanço desta patologia secular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou as representações sociais de homens sobre o toque retal e suas implicações para o cuidado preventivo do homem. Ao realizá-lo, percebeu-se o seu sentimento e a sua prática em relação ao exame clínico do toque retal, assim como sua experiência em se submeter ao exame.

O conhecimento das representações sociais desses homens possibilitou entender suas compreensões sobre o objeto psicossocial abordado, assim como sua relação com o mesmo. Ressalto que esta pesquisa contou como agente facilitador o referencial teórico-metodológico dos conceitos da Teoria das Representações Sociais, esta propiciou a construção da realidade desse grupo social, além do entendimento do contexto psicossocial em que esta inserido.

Os depoimentos dos dezessete sujeitos do estudo foram gerados por meio da aplicação da técnica de livre associação de idéias que propiciou a captação das representações sociais de forma espontânea sem risco de contaminação por parte de pesquisador. A seguir busquei aprofundá-la por meio do emprego da entrevista semidirigida de questões abertas, estes instrumentos foram complementados pela utilização da observação do tipo livre.

O material produzido favoreceu a discussão sobre o universo consensual

gerado pela prática do exame do toque retal, além deste ter sido referenciado por quem possui experiência, pelo fato de estar inserido no seu cotidiano. Penso que esta foi a melhor maneira de conhecer e compreender a realidade de se submeter a um exame de fundamental importância para prevenção do câncer de próstata, e que ainda encontra muita resistência no meio social para sua realização de forma preventiva.

Na primeira unidade temática deste estudo observou-se que a compreensão dos depoentes acerca do toque retal era muito limitada notadamente devido a maneira trivial como as informações são vinculadas pela mídia reforçando seus sentimentos de repulsa e tabus fazendo com que eles permaneçam na escuridão do desconhecimento, levando ao aumento das taxas de incidências de morbidade e mortalidade pelo câncer de próstata. Esta panorâmica se alterou após a interação médico – paciente, na qual através do modelo biomédico receberam informações acerca da importância do exame e sua finalidade, vale a pena ressaltar que os entrevistados neste momento já estavam doentes.

Os meios de comunicação podem ser a melhor forma de difundir a importância do toque retal para a população, principalmente através de propagandas vinculadas pela televisão devido a sua grande penetração nos lares brasileiros, atingindo diversos grupos que constituem nossa sociedade. Por meio da difusão de informações claras, concisas que favoreça a compreensão da população da principal forma de prevenção do câncer de próstata levará à inserção desta prática no cotidiano do universo masculino de nosso país.

Na unidade toque retal: um cuidado (des)necessário foi unânime entre os depoentes a falta de adesão a prática do toque retal como cuidado à saúde e como forma preventiva do câncer de próstata, por acreditarem serem imune a esta patologia. Porém quando se depararam enfermos mudaram de ponto de vista e passaram a valorizar a prática do toque retal unicamente

pelo medo do câncer devido seu estigma social relacionado com a morte.

O cuidado é uma prática vivenciada mais evidentemente no cotidiano da mulher devido às atribuições ditas femininas como cuidar do seu lar, ser mãe e esposa. Estas imputações reportam a mulher como cuidadora por excelência, restando para o homem exercer seu papel na sociedade de chefe financeiro do lar, dificultando a inserção desta prática no seu cotidiano.

A Enfermagem pouco tem se preocupado com as diferenças entre o gênero masculino e feminino no momento de implementar seus cuidados, no entanto para conseguirmos a adesão dos nossos clientes à realização do toque retal precisamos dá voz a esse sujeito respeitando seus conhecimentos e valores pessoais, com o objetivo de diminuir suas angústias e assim minimizar as taxas de incidências cada vez maiores de câncer de próstata em nosso país.

Na terceira unidade percebi o conhecimento consensual do grupo sobre a importância das formas preventivas do câncer de próstata atrelando-as ao tratamento, a aquisição de informações e a realização de exames. Tal concepção é alicerçada pelo modelo de atenção à saúde que exalta o tratamento e não as práticas preventivas.

Um dos principais desafios que a Enfermagem tem hoje é a educação em saúde dos nossos clientes, talvez esta atribuição fique um pouco sufocada pelas demais que já estão inseridas mais fortemente no nosso cotidiano, no entanto não podemos ignorá-la, pois é um artefato fundamental do cuidado de Enfermagem pela qual ajudamos nossos clientes promoverem, manterem e restaurarem sua saúde. As palestras participativas e grupos de interesse podem ser meios de horizontalizar as nossas relações enfermeiro-cliente, por meio dos quais podemos viabilizar junta a construção um conhecimento em comum acordo com os seus valores e crenças, evitando assim impor nosso próprio sistema de valores reificados, objetivando adesão desta clientela às formas

preventivas do câncer de próstata e o desenvolvimento da consciência crítica e pensar a partir de si mesmos.

Como pode-se evidenciar este estudo atingiu seu objetivo pelos resultados obtidos. As representações sociais dos homens sobre o toque retal possibilitaram conhecer e compreender a real dimensão dos problemas acarretados a eles pela ausência desta prática no seu cotidiano. Além disso, ofereceu contribuições para a atuação dos profissionais de saúde na área da Saúde Coletiva, com ênfase do enfermeiro no que se trata à prevenção e ao atendimento prestados a esta clientela nos diversos níveis de assistência.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Todos os autores trabalharam em todas as etapas na elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- ADAM, P; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Baurio: EDUSC, 2001.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- GUARESCHI, P (Org). **Comunicação e controle social**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- _____. **Os construtores da informação, meios de comunicação, ideologia e ética**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão**. In. Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

Minayo, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. 5 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, L.V.; FARIAS, S. L. **Câncer.** São Paulo: Contexto, 1997.

PADILHA, M.I.C.S.; GUERREIRO, D.M.V.S.; COELHO, M.S. Aspectos teórico-metodológicos das representações sociais e seu uso na enfermagem. **Online**

Brazilian Journal of Nursing, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.601/199>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

SILVA, S.E.D.; SOUZA, M.J. Alcoolismo: representações sociais de alcoolistas abstêmios. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 420-427, 2004.

THOMPSON, J.B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na área dos meios de comunicação de massa.** 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 3 ed. Porto Alegre : Sagra Luzzatto, 2001.

PERFIL E PERCEPÇÕES DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO II: UMA ABORDAGEM SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE DO HOMEM

Luciara Souza Gallina¹, Carla Rosane Paz Arruda Teo², Juara Alves Barbosa Deiss³, Tânia Inês Back³

RESUMO: Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção do paciente masculino sobre as mudanças e cuidados à sua saúde após o diagnóstico do diabetes mellitus tipo 2 (DM2), tendo como sujeitos da pesquisa indivíduos do sexo masculino com diagnóstico de DM2 há 1 ano. A coleta de dados se deu através de entrevista semiestruturada, verificação de medidas antropométricas de peso, altura e circunferência da cintura, caracterização da prática alimentar através de um questionário de frequência alimentar. Os resultados encontrados demonstraram, através da avaliação do estado nutricional, que apenas dois (n=2) entrevistados encontram-se eutróficos, os demais (n=5) estão com sobrepeso e obesidade. Ademais, a circunferência da cintura demonstrou que seis (n=6) entrevistados apresentaram resultado igual ou superior a 102 cm, indicando risco elevado para doença cardiovascular. Já no QCFA apenas um dos sete entrevistados possuía hábitos alimentares adequados. Conclui-se que o grupo pesquisado demonstrou dificuldade na aderência ao tratamento dietético, comprovado pelos valores obtidos nas medidas antropométricas e pelos hábitos alimentares não compatíveis com aqueles preconizados para os portadores de DM2. É preciso entender a patologia como uma doença crônica incurável, mas que pode ser controlada por hábitos alimentares adequados e estilo de vida saudável; dessa forma, compreender que controlar o DM2 passa a ser apenas mais um cuidado com o corpo e não um tratamento de sobrevivência.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do homem; Diabetes mellitus; Adesão; Percepção.

PROFILE AND PERCEPTIONS OF PATIENTS WITH MELLITUS DIABETES TYPE II: AN APPROACH UNDER THE PERSPECTIVE OF MEN'S HEALTH

ABSTRACT: This study aimed to know the perception of the male patient about changes and care for his health after the diagnosis of DM2, having as subjects of the research males diagnosed with DM2 1 year ago. The data collection was through semi-structured interview, verification of anthropometric measurements of weight, height and waist circumference, characterization of the dietary practice through a food frequency questionnaire. The results demonstrated, through the assessment of nutritional status, that only two (n = 2) interviewed are eutrophic, others (n = 5) are overweight and obese. Moreover, waist circumference showed that six (n = 6) subjects presented results equal to or greater than 102 cm, indicating high risk for cardiovascular disease. Already in QCFA only one of the seven interviewed had proper eating habits. We conclude that the studied group showed difficulty in adherence to dietary treatment, proved by values obtained by anthropometric measurements and dietary habits not compatible with those recommended for patients with DM2. It is necessary to understand the disease as a chronic incurable disease, but that can be controlled by proper eating habits and healthy lifestyle; thus, to understand that control the DM2 becomes just another body care and not a survival treatment.

KEYWORDS: Men's health; Mellitus diabetes; Adhesion; Perception.

¹ Nutricionista – Mestre. Docente do Curso de Nutrição, Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ - Chapecó, Santa Catarina, Brasil. luciara@unochapeco.edu.br

² Nutricionista. Dr^a Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ - Chapecó, Santa Catarina, Brasil. carlateo@unochapeco.edu.br

³ Acadêmicas do Curso de Nutrição, Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ - Chapecó, Santa Catarina, Brasil. juaradeiss@unochapeco.edu.br, taniaback.nutri@gmail.com

Recebido em: 10/02/2013 . Aceito em: 28/04/2013

INTRODUÇÃO

O acometimento por uma doença crônica tem implicações existenciais, pois leva o homem a pensar na sua própria fragilidade, trazida à tona pela doença, revelando uma espécie de guerra, em que o sujeito está como que desarmado frente à doença, significando, de alguma forma, uma luta desleal, da qual o sujeito não optou participar (PEREIRA, 2006).

A doença, dada sua natureza crônica, implica um processo a ser vivido ao longo da vida, com relevante potencial para a ocorrência de perdas graduais do estado de saúde geral, as quais repercutem em consequências para a vida cotidiana, seja no âmbito das relações afetivas familiares, seja no do trabalho e da preservação da autoestima (CAMPOS, 2004). Viver com uma doença crônica marca profundamente a história do sujeito (PEREIRA, 2006). O adoecer está acompanhado de insegurança e ansiedade, provocando no doente crônico a sensação de que seus projetos de vida não se concretizarão (OLIVIERI, 1985).

Por outro lado, a doença de um componente familiar passa a ser a doença da família também. Os laços de afetividade que marcam as estruturas do núcleo familiar são responsáveis pelo envolvimento de todos os seus membros no enfrentamento das situações adversas (SILVA; GUEDES; MOREIRA, 2002). Uma vez que a pessoa portadora de doença crônica necessita compartilhar esse enfrentamento com sua família, ela busca apoio e ajuda no processo de readaptação, que assume caráter coletivo (SILVA; GUEDES; MOREIRA, 2002).

Entretanto, muitas vezes, as mudanças no estilo de vida da família estão associadas a alterações fundamentais na dinâmica cotidiana familiar decorrentes do impacto das despesas relacionadas ao tratamento medicamentoso, aos exames laboratoriais, deslocamento para unidade de saúde, entre outros (SILVA; GUEDES; MOREIRA, 2002).

Neste sentido, o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), como doença crônica, constitui

importante problema de saúde pública por sua prevalência na população, suas complicações, mortalidade, altos custos financeiros e sociais envolvidos no tratamento e deterioração significativa da qualidade de vida (PERES; FRANCO; SANTOS, 2006), representando uma das principais síndromes de evolução crônica que acometem a população na atualidade (GOLDENBERG; SCHENKMAN; FRANCO, 2003). O DM2 apresenta desafios que são ainda maiores em tratando da população masculina, pois este grupo, historicamente, oferece maior relutância em procurar os serviços de saúde, já que são elas que, culturalmente, costumam transmitir os saberes e práticas acerca da manutenção da saúde e também normalmente cuidam da saúde dos seus familiares, vizinhos e amigos.

Incluir a participação do homem nas ações de prevenção à saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas diz respeito ao processo de cuidar de si e à valorização do corpo relacionada à promoção e preservação da saúde (SCHRAIBER, 2005). Os homens são mais vulneráveis ao adoecimento do que as mulheres, especialmente frente às enfermidades crônicas e graves, e morrem mais cedo (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Nesse contexto, surge em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009), como uma estratégia que visa fortalecer este grupo para o enfrentamento das adversidades em saúde, haja vista que a maioria dos indicadores tradicionais evidencia a existência de um diferencial quanto à saúde, com maior mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas (BELFORT e OLIVEIRA, 2001).

Um dos principais objetivos colocados por esta Política (BRASIL, 2009) é superar a resistência do homem à participação em programas e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, por meio de uma maior adesão aos exames preventivos de um modo geral.

Cada vez mais, o cuidado com a saúde do homem vem ganhando centralidade, também em virtude dos altos custos decorrentes dos processos de adoecimento. Entre as metas, busca-se promover um maior entendimento dos homens sobre o processo saúde-doença e, em condições de agravos instalados, uma maior e melhor adesão ao tratamento. Frente a isso, este estudo buscou conhecer a percepção do paciente masculino sobre as mudanças e cuidados a sua saúde após o diagnóstico do DM2.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório. Os sujeitos pesquisados foram indivíduos do sexo masculino com diagnóstico de DM2 há pelo menos um ano, usuários de uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Chapecó (SC). A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2010. A seleção dos sujeitos se deu mediante consulta aos prontuários, tendo sido identificados oito pacientes com as características desejadas para o estudo (homens e com diagnóstico estabelecido há, pelo menos, um ano).

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, realizada individualmente, no domicílio do entrevistado, após sua concordância e a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O roteiro para entrevista continha questões específicas para caracterização do perfil dos depoentes e questões norteadoras sobre as orientações nutricionais recebidas após o diagnóstico da doença e suas reações e sentimentos diante destas recomendações dietéticas.

Para avaliação do estado nutricional foram aferidos peso e estatura, como recurso para estimar a adesão ao tratamento dietético. Para a coleta destes dados foram utilizados balança digital portátil com capacidade de 150kg e precisão de 100g (Filizola®) e fita métrica inelástica de 150cm. Para caracterizar a prática alimentar

(também com o intuito de avaliar a adesão ao tratamento dietético) aplicou-se, por meio de investigação direta, Questionário de Frequência de Consumo Alimentar – QFCA, que constitui a forma ideal para caracterizar os padrões dietéticos. Neste estudo, foi empregado o QFCA disponibilizado pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (BRASIL, 2012).

Os resultados da aplicação do QFCA permitiram classificar o consumo alimentar em adequado (≥ 43 pontos), regular (29 a 42 pontos) ou inadequado (≤ 28 pontos), conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

O estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), calculado por meio da razão entre o peso (em kg) e o quadrado da altura (em metros), e os parâmetros utilizados para a classificação foram: a) $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$ = magreza/desnutrição, $22 \text{ kg/m}^2 < IMC < 27 \text{ kg/m}^2$ = eutrofia, e $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$ excesso de peso quando se tratava de indivíduos idosos [12]; b) $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ = desnutrição, $18,5 \text{ kg/m}^2 < IMC < 24,9 \text{ kg/m}^2$ = eutrofia, $25 \text{ kg/m}^2 < IMC < 29,9 \text{ kg/m}^2$ = sobrepeso e $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ = obesidade para os indivíduos adultos (BRASIL, 2004).

Também foi avaliado o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e, para tanto, a circunferência abdominal (CA) foi medida com o indivíduo em pé, utilizando fita métrica inelástica, específica para verificação de CA, que circundou o entrevistado no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, no final do movimento expiratório. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se como representativo de risco aumentado para complicações metabólicas associadas à obesidade, no caso de homens, valor de 94 cm, e risco muito aumentado quando a medida for igual ou superior a 102 cm (ABESO, 2009).

Para a interpretação dos depoimentos dos entrevistados, foi feita a sua transcrição literal e, posteriormente, a análise de convergências por similaridade temática.

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (SC), sob o parecer nº 253/09, e os procedimentos de pesquisa respeitaram rigorosamente todos os princípios das diretrizes éticas que orientam a pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos oito homens com DM2 selecionados para o estudo, um foi excluído, por negar ser portador desta patologia, embora em seu prontuário tenha todos os exames e consultas confirmando tal situação. Este caso ilustra de forma clara a negação do indivíduo

frente ao diagnóstico da doença, numa forma de defesa contra a tomada de consciência da patologia, que pode se constituir na recusa parcial ou total da percepção do fato de estar doente. A doença modifica a relação do paciente com o mundo e consigo mesmo, desencadeando uma série de sentimentos como, insegurança, medo, desesperança, revelando a dificuldade de encarar a realidade. A negação da doença é frequente em pacientes portadores de doença crônica, decorrentes das limitações enfrentadas em seu processo de viver (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006)

As principais características dos participantes do estudo estão descritas a seguir.

Tabela 1 - Caracterização da população estudada

Paciente	Idade	IMC ^a	CA ^b	Profissão	Est. Civil
1	75	35,31	120	Aposentado	Casado
2	65	26,97	105	Aposentado	Viúvo
3	66	33,33	121	Licença/saúde	Casado
4	69	20,55	86	Aposentado	Casado
5	75	30,59	102	Aposentado	Casado
6	68	24,65	105	Aposentado	Casado
7	52	33,65	113	Licença/saúde	Casado

^aIMC=peso (kg)/altura² (m);

^bCA: Circunferência abdominal

O estado nutricional avaliado através do IMC demonstrou que apenas dois entrevistados encontravam-se eutróficos, estando os demais (n=5) com sobrepeso ou obesidade. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Araraquara (SILVA; SIMÕES; LEITE, 2007), o qual identificou que 50% dos diabéticos pesquisados encontravam-se com excesso de peso. Com relação à distribuição central da gordura corporal, seis participantes apresentaram CA igual ou superior a 102 cm, indicando risco elevado para doenças cardiovasculares, o que exacerba a vulnerabilidade destes sujeitos, uma vez que a incidência de doença arterial cerebrovascular é de duas a quatro vezes maiores em portadores de DM2 do que na população em geral (OLIVEIRA, 2007). Em síntese, os resultados observados quanto ao

perfil dos participantes deste estudo, em termos de estado nutricional geral, indicam elevada vulnerabilidade ao desenvolvimento das complicações típicas do DM2, e permitem inferir baixa adesão ao tratamento dietético. A seguir, são apresentados e discutidos os resultados dos depoimentos colhidos por ocasião das entrevistas no que se refere à compreensão e a adesão à dietoterapia, segundo a percepção dos sujeitos.

Ao receber o diagnóstico de uma doença crônica, que exige a adoção de novos hábitos de vida, implicando a imposição de limitações à vida cotidiana, o sujeito sente-se, geralmente, inseguro. Considerando que o estilo de vida é composto por um conjunto de práticas fortemente arraigadas na rotina de vida diária das pessoas, mudanças em aspectos significativos destas práticas não

constituem tarefa fácil, especialmente em se tratando de questões alimentares.

A alimentação, por um lado, é um dos pilares sobre os quais se fundamenta o tratamento do DM2. Por outro, é um dos aspectos da vida cotidiana das pessoas que carrega mais componentes culturais, sociais, históricos e psicológicos, implicando representações sobre o próprio ser-no-mundo e sobre a identidade dos sujeitos. Neste sentido, mudanças das práticas alimentares estão entre as mais complexas de serem alcançadas e mantidas em médio e longo prazo.

Diante da orientação dietética que deve ser adotada após o diagnóstico, muitos diabéticos sentem-se revoltados e assustados. Os depoimentos dos entrevistados vão desde o descontentamento com a limitação quantitativa da alimentação até a sentimentos mais penosos, conforme fica demonstrado nas falas a seguir:

Com a dieta que elas dão eu morro de fome e eu não quero morrer de fome. É para comer uma migalha de comida... (P6).

Eu fiquei apavorado... (P2).

Eu fiquei meio morto... (P3).

Não são apenas os fatores internos ao paciente que exprimem esse sentimento, mas também os fatores externos, como a sua compreensão do tratamento e a relação estabelecida com os profissionais de saúde que vão realizar o acompanhamento. A importância da comunicação dos profissionais de saúde e a necessidade de conversarem empaticamente com o sujeito, visando transformar as informações por ele recebidas em conhecimentos úteis e utilizáveis é fundamental, uma vez que a falta de conhecimento constitui, também, relevante fator de não-adesão ao tratamento dietoterápico.

A falta de conhecimento acerca da doença, tanto dos cuidadores quanto dos próprios portadores de DM2, associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde relaciona-se

diretamente à adesão. Essas constatações apontam para a ineficácia das estratégias tradicionais de educação em saúde, sendo necessária a incorporação, nas práticas de saúde, de novas abordagens capazes de motivar os portadores de DM2 para o autocuidado em saúde (COSTA; BALGA; ALFENAS, 2011).

É consenso que existe um baixo seguimento à orientação dietética por parte de portadores de DM2 (ASSIS e NAHAS, 1999), devendo-se considerar que o ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, envolvendo também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos (PERES; FRANCO; SANTOS, 2006).

Os participantes deste estudo referem-se ao tratamento dietoterápico com insatisfação, por terem que restringir alimentos que habitualmente faziam parte de sua história de vida e, portanto, que estavam culturalmente inseridos no seu cotidiano, o que pode ser ilustrado pelos depoimentos a seguir:

Comida tenho vontade de tudo, mas vou ter que parar (P4).

A gente tem que aceitar tudo que vem pra gente... Que sofre, sofre, mas se tem que fazer tem que fazer” (P3).

Percebe-se, nestes depoimentos, o sentimento de aceitação, quando o paciente reconhece que o seguimento da dieta faz parte do enfrentamento da doença, que o sucesso do tratamento depende da sua responsabilização, havendo, nessa fase, uma adaptação a sua condição (PERES *et al*, 2007). Porém, cabe destacar que todos os entrevistados conviviam com o DM2 há, pelo menos, um ano e, apesar disso, um deles coloca a adesão ao tratamento dietético no tempo futuro (... *mas vou ter que parar – P4*), o que evidencia o não seguimento das orientações alimentares mesmo após tanto tempo depois do diagnóstico, sinalizando que a aceitação e a adaptação podem estar se dando, ainda, apenas no nível do pensamento,

não se concretizando em prática alimentar que contribua para a redução da vulnerabilidade do sujeito.

Entretanto, outros entrevistados indicam seguir a dietoterapia com tranquilidade, ou pelo menos sem resistência, reconhecendo a sua importância no controle da doença, como demonstram as declarações seguintes:

*Não tenho dificuldade nenhuma. Consigo me adaptar com a dieta (P7).
Pra mim quase não mudou nada, no começo a gente sempre tem aquela dificuldade, mas depois não, depois comecei a fazer o tratamento e foi melhorando (P5).*

O enfrentamento do DM2 se dá de forma diferente para cada indivíduo, pois dependerá da estrutura psíquica ou da organização mental de cada um (MARCELINO e CARVALHO, 2005). Os pesquisadores Peres, Franco e Santos (2006) relatam também, em estudo realizado em Ribeirão Preto com pacientes do sexo feminino, essa dificuldade no seguimento da dieta recomendada, ocasião em que vários depoimentos mostraram incapacidade de realizar a dieta devido ao inconformismo com seu caráter restritivo, o desejo de comer alimentos doces, e por fim a associação de uma imagem negativa, já que seguir o esquema alimentar prescrito por um período de tempo prolongado foi apontado como tarefa extremamente penosa.

De acordo com o estudo realizado por Laplantine (1991), os portadores relatam que as orientações dão ênfase naquilo que não deve ser ingerido, o que indica que tanto a dieta prescrita pela ciência quanto o conhecimento popular estão ligados às representações alimentares subtrativas.

A partir da aplicação do QFCA constatou-se que apenas um dos entrevistados apresentou consumo alimentar adequado; os demais (n=6) tiveram seu consumo classificado como regular, o que significa a baixa adesão ao tratamento dietético e reafirma a necessidade de melhorar a qualidade das práticas alimentares

destes sujeitos com vistas à redução de sua vulnerabilidade às complicações do DM2.

Dentre os entrevistados que tiveram consumo alimentar classificado como regular, podem ser destacados algumas práticas, tais como a utilização de banha, leite e queijo colonial (integrais), bebida alcoólica, sacarose, consumo de frutas com alto índice glicêmico, baixo número de refeições diárias realizadas, entre outros. Diante destes achados, estima-se que estes indivíduos dificilmente poderão prescindir do uso de medicamentos no processo de fazer o enfrentamento do DM2, mantendo-o sob controle.

Carolino (2008) relata que a dieta não saudável que mais impacta nos cuidados com o DM2 é a que apresenta baixa conteúdo de fibras, vitaminas e minerais, em decorrência da baixa ingestão diária de frutas, verduras e legumes (menos de duas porções ao dia), além de elevado teor de gorduras saturadas e trans, com uso frequente de frituras (mais de quatro vezes na semana), carboidratos simples e sódio, refrigerantes e alimentos processados.

As evidências epidemiológicas do papel da qualidade dos carboidratos na gênese e prevenção do DM2 ainda são inconsistentes. Embora resultados de alguns estudos indiquem uma possível associação entre dietas com elevados teores de índice glicêmico e pobre em fibras de cereais, maior risco de complicações ao portador de DM2. Ainda no mesmo estudo citado anteriormente, sugere-se que uma dieta rica em cereais integrais e vegetais (fontes naturais de magnésio e fibras), e pobres em cereais refinados e sacarose, possam exercer um papel protetor para o DM2. Ainda, um efeito benéfico na gênese de distúrbios do metabolismo da glicose parece estar relacionado ao maior consumo de laticínios. Em relação à frutose, as evidências ainda são escassas, mas sugerem uma relação de risco para o DM2 e doenças associadas, indicando a necessidade de recomendações do consumo moderado de alimentos com elevadas concentrações de frutose, tais como frutas passas e sucos de

frutas (SARTORELLI e CARDOSO, 2006).

Embora mudanças significativas nas práticas alimentares estejam entre as mais difíceis de serem conquistadas, o trabalho do profissional de saúde deve estar focado em promover estas mudanças, por meio de ações que mobilizem o portador para a participação efetiva e o comprometimento com o seu autocuidado. O indivíduo tem consigo estruturas construídas interiormente que lhe permitem exteriorizar práticas de convivência social e que também são orientadas por suas aspirações e afetos, ou seja, é dessa maneira que vai expressar sob quais limites estão vivendo estas pessoas que precisam se reeducar quanto aos hábitos alimentares.

Sobre todos os temas já discutidos neste trabalho, observa-se a dificuldade que os portadores de DM2 evidenciam em controlar a doença através da dieta. Reforçando essa observação, salienta-se que, quando questionados se faziam uso de hipoglicemiante e ou insulina, 100% (n=7) deles respondeu afirmativamente. Nesse sentido, um estudo realizado em São Paulo, por Pereira *et al.*(2008), reportou que 96% dos portadores de DM2 utilizavam algum tipo de medicamento antidiabético. Deste modo, fica claro que o controle da doença tem se dado, principalmente, a partir de medicamentos, ficando a alimentação restrita a segundo plano, o que é um contrasenso, já que está bem reconhecido que a alimentação associada à atividade física regular pode manter sob controle e de forma adequada o DM2, com redução ou até eliminação da medicação associada (FERNANDES; JÚNIOR; TASCA,2005).

Da mesma forma, um estudo realizado no Brasil sobre o perfil da pessoa diabética relatou que 22,3% dos portadores da doença não realizavam nenhum tipo de tratamento, 29% realizavam apenas dieta, 41% utilizavam hipoglicemiante oral e 7,9% a insulina (BRASIL, 2006) explicitando a elevada prevalência de uso de hipoglicemiantes orais e/ou insulina.

Acredita-se que muitos diabéticos poderiam corrigir a hiperglicemia apenas com dieta adequada, atividade física regular e redução do peso, no caso das pessoas obesas (GRILLO e GORINI, 2007). Portanto, não é de surpreender que mudanças positivas no estilo de vida, quando realizadas, sejam tão efetivas na prevenção e controle do DM2.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos evidenciaram a dificuldade de adesão ao tratamento dietético, em parte, devido aos hábitos alimentares estarem arraigados ao cotidiano destes pacientes e ao fato de que os mesmos estão relacionados com a situação socioeconômica, cultural e psicológica de cada um.

Quando se referem ao tratamento dietoterápico, os sujeitos evidenciam insatisfação, uma vez que precisam restringir alimentos que habitualmente faziam parte de sua história de vida e que estão culturalmente inseridos no seu cotidiano. Assim, é possível afirmar que, neste estudo, observou-se baixo grau de adesão ao tratamento dietoterápico, bem como dificuldade em aderir ao tratamento, em função de percepção negativa deste tratamento.

Há que ser considerado, na lida com os portadores de DM2, que esta é uma doença crônica que pode ser controlada de forma a permitir que o portador mantenha um cotidiano que lhe proporcione alegria em viver, e não angústia pela restrição do consumo de alimentos que lhe davam prazer. Ou seja, é preciso entender a doença e adotar, consciente e amadurecidamente, modos de agir frente a ela que permitam seu controle. Assim, o DM2 pode se constituir como apenas mais uma das situações adversas que os sujeitos enfrentam no processo de viver, a qual requer cuidados específicos, mas que não limita a concretização de seus projetos de felicidade.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3.ed. Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.

ASSIS, M.A.A.; NAHAS, M.V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Revista de Nutrição**, v. 12, n. 1, p.33-41, 1999.

BELFORT, R.; OLIVEIRA, J.E.P. Mortalidade por diabetes mellitus e outras causas no município do Rio de Janeiro: diferenças por sexo e idade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 45, n. 5, p. 460-466, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Princípios e Diretrizes. Brasília (DF): MS; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Como está sua alimentação?** Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional – **Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e**

informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, M.F.F. **Os sentidos atribuídos a um processo de adoecimento crônico: o diabetes como situação-limite**. 2004.163 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Belo Horizonte, 2004.

CAROLINO, I.D.R. *et al.* Fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 238-244, 2008.

COSTA, J. A. *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001- 2009, 2011.

COSTA, V.T.; ALVES, P.C.; LUNARDI, V.L. Vivendo a doença crônica e falando sobre ser cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, v.14, n.1, p. 27-31, 2006.

CARRARA, S.; RUSSO, J.A.; FARO, L.A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, v. 19, n. 3, p.659-678, 2009.

FERNANDES, C.A.M. *et al.* A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle

- do Diabetes mellitus tipo 2. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005.
- GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J.. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 1, p. 18-28, 2003.
- GRILLO, M. F.F.; GORINI, M.I.P.C. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 1, p.49-54, 2007.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
- MARCELINO, D.B.; CARVALHO, M.D.B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1 p.72-77, 2005.
- OLIVEIRA, D.S. *et al.* Avaliação do risco cardiovascular segundo os critérios de Framingham em pacientes com diabetes tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 51, n. 2, p. 268-27, 2007.
- OLIVIERI, D.P. **O ser doente: dimensão humana na formação do profissional de saúde**. São Paulo: Moraes, 1985.81p.
- PEREIRA, W.D. **Corpo e significado: percepções de portadores de diabete mellitus tipo 2**.2006.153 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, 2006.
- PEREIRA, H.R.C. *et al.* Adesão do paciente diabético ao tratamento após participação em grupo educativo multidisciplinar. **Revista Nutrição Brasil**, v.7, n.6, p. 350-356, 2008.
- PERES, D.S.; FRANCO, L.J.; SANTOS, M.A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p.310-317, 2006.
- PERES, D.S. *et al.* Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p.1105-1112, 2007.
- SARTORELLI, D.S.; CARDOSO, M.A. Associação entre carboidratos da dieta habitual e diabetes mellitus tipo 2: evidências epidemiológicas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 50, n. 3, p.415-426, 2006.
- SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p.7-17, 2005.
- SILVA, L.F. *et al.* Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.15,n.1, p.40-47, 2002.
- SILVA, R.C.P.; SIMÕES, M.J.S.; LEITE, A.A. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 28, n.1, p.113-121, 2007.

INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO SÍTIO VASCULAR POR CATETER DUPLO-LÚMEN EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO EM UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Écila Campos Mota¹, Jane Santa Rosa², Wagner Santa Rosa²

RESUMO: Introdução: A insuficiência renal crônica (IRC) é um diagnóstico sindrômico de perda progressiva geralmente irreversível da filtração glomerular. Objetivos: Identificar a incidência de infecção do sítio vascular por cateter duplo-lúmen (CDL) em pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico em um serviço de nefrologia em Montes Claros/MG, bem como caracterizar o perfil do cliente que apresentou infecção durante o tratamento dialítico com uso do CDL e descrever o perfil microbiológico das infecções de CDL. Métodos: Trata-se de um estudo do tipo descritivo e de natureza quantitativa. A coleta de dados foi realizada através dos consolidados mensais de Controle de Infecção relacionada ao CDL no Hospital Dilson Godinho. Após a coleta de dados foram analisados e interpretados, estabelecendo-se uma análise entre os dados obtidos e a literatura. Resultados: Participaram do estudo 87 pacientes, 65,51% do sexo masculino e 34,49% feminino, a média de idade desses pacientes era 56,28 anos, variando de 24 a 93 anos, casados (60,0%), com nível de escolaridade (74,7%) sem informações, quanto à procedência (55,8%) moram no município de Montes Claros-MG. Com diagnósticos de base IRC, tendo como principal complicação a hipertermia (17,2%) e o agente etiológico com maior prevalência foi o *Staphylococcus aureus*, o tempo de permanência do cateter foi em média de 25,5 dias. Conclusão: A incidência de infecção relacionada foi de 19,5%. A realização desse estudo foi muito importante para identificar aspectos que dizem respeito à ocorrência de infecção em pacientes renais crônicos em uso de CDL para a realização de hemodiálise.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência renal crônica; Infecção; Cateteres de demora.

INCIDENCE OF INFECTION IN VASCULAR SITE FOR DOUBLE-LUMEN CATHETER USE IN PATIENTS SUBMETED TO HEMODIALYSIS IN A NEPHROLOGY SERVICE

ABSTRACT: Background: Chronic renal failure (CRF) is a syndromic diagnosis usually irreversible with progressive loss of glomerular filtration, being multicausal, treatable, controllable, progressive and high mortality. OBJECTIVES: To identify the incidence of vascular site infection by double-lumen catheter (DLC) in patients undergoing hemodialysis in a nephrology service in Montes Claros - MG, as well as to characterize the profile of the customer who presented infection during the dialysis with use of DLC and describe the microbiological profile of infections DLC. METHODS: This was a descriptive study and quantitative. Data collection was conducted through consolidated monthly of Infection Control related to DLC from Dilson Godinho Hospital. After collecting data were analyzed and interpreted, setting up an analysis of the data obtained and literature. RESULTS: The study included 87 patients, 65.51% male and 34.49% female, mean age of these patients was 56.28 years, ranging from 24 to 93 years old, 60.0% married, 74.7% with low educational level and 55.8% live in the city of Montes Claros-MG. With diagnoses of CRF, the main complication was hyperthermia (17.2%) and the most prevalent etiologic agent was *Staphylococcus aureus* and the time of catheter averaged 25.5 days. CONCLUSION: The incidence of related infections was 19.5%. The present study was very important to identify aspects that relate to the occurrence of infection in patients with chronic renal failure in CDL use for hemodialysis.

KEYWORDS: Renal insufficiency, chronic; Infection; Catheters, indwelling.

¹ Enfermeira Mestre em Saúde do Adulto, Docente da UNIMONTES, das Faculdades Santo Agostinho, e Faculdades Integradas Pitágoras. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ecilacampos@hotmail.com

² Graduandos do 7º período de enfermagem noturno das Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Email: Jane_minerinha@hotmail.com. wagnersantarosa@hotmail.com

Recebido em: 10/01/2013 . Aceito em: 28/03/2013

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é um diagnóstico sindrômico de perda progressiva geralmente irreversível da filtração glomerular, sendo, multicausal, tratável, controlável, progressiva e de elevada morbimortalidade. No mundo, a prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva aumenta progressivamente devido a elevada incidência de insuficiência renal crônica terminal (IRCT) e a redução de mortalidade em diálise (VERONESE *et al.*, 2007).

Fundamenta-se em Goldman e Ausiello (2005) para descrever que na área da nefrologia, existe um crescente desenvolvimento no tratamento hemodialítico, os quais repercutem diretamente no tratamento das pessoas com insuficiência renal crônica (IRC). O rim é o órgão responsável pela filtração do sangue, retirando do mesmo: uréia, ácido úrico, fósforo e hidrogênio. Além disso, reabsorve albumina, sódio, potássio e o cálcio.

A hemodiálise é o procedimento realizado para filtrar o sangue do paciente removendo substâncias indesejáveis além de líquidos e eletrólitos. O sangue flui através de um circuito extracorpóreo adaptado a um filtro dialisador, composto por dois compartimentos, um interno por onde passa o sangue e um externo por onde passa o fluxo inverso a solução dialisadora, local onde ocorre a difusão de soluto entre o sangue e a solução de diálise resultando na remoção de escórias metabólicas e também na reposição de solutos como bicarbonato (VERONESE *et al.*, 2007).

Segundo Daugirdas *et al.* (2003), para a realização da hemodiálise é necessário estabelecer um acesso vascular que pode ser um cateter venoso, uma fístula arteriovenosa ou uma prótese. Sendo o cateter venoso amplamente utilizado por possibilitar um acesso rápido, para o tratamento de paciente em situações de extrema gravidade, como uremia, hipervolemia, acidose metabólica, hiperpotassemia e intoxicações.

Os cateteres duplo-lúmen (CDL) representam uma ferramenta essencial do

armamentário terapêutico do nefrologista e do cirurgião vascular. Os CDLs permitem acesso vascular imediato, fornecendo fluxo sanguíneo adequado para a realização de hemodiálise (HD) em situações emergenciais como a insuficiência renal aguda. Eles também podem ser utilizados como acesso vascular temporário para HD em pacientes que aguardam confecção ou maturação de acesso vascular permanente. Neste contexto, os CDLs devem ser vistos como instrumentos que permitem salvar a vida de inúmeros pacientes. No entanto, tanto o procedimento de inserção do CDL quanto o seu uso prolongado estão associados à ocorrência de uma série de complicações (BRUNO, 2006). Já, os estudos de Taddeo Filho (2000), afirmam que os pacientes com comprometimento renal possuem alto risco para o desenvolvimento de infecção devido à baixa imunidade, condição clínica severa e necessidade de acessos vasculares para a terapia de substituição renal (TRS).

Sendo que, para Machado *et al.* (2005) o índice de infecção no serviço de saúde constitui um dos principais indicadores de qualidade da assistência, pois certamente, o profissional de saúde não contamina voluntariamente sua clientela, mas a inobservância dos princípios básicos da cadeia de infecção pode ter consequências drásticas.

Estudo de Beghetto *et al.* (2002) descreve que um dos maiores riscos que existe ao cliente com uso de CDL é a infecção pelas bactérias gram-positivas que mais infectam cateteres (*Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus coagulase negativa-ECN*) que provêm da própria pele do paciente, como microbiota da área de inserção de cateter ou mesmo são veiculadas pela equipe de saúde. Comprovou-se também que a mesma bactéria presente na pele do paciente antes de ser inserido cateter venoso central, foi também identificada, sequencialmente, no segmento proximal do cateter, na sua ponta e no sangue. Já as bactérias gram-negativas são, em geral, oriundas de o próprio ambiente hospitalar ou da unidade de diálise, pela seleção de cepas, devido ao uso indiscriminado de antibióticos de largo espectro, sendo mais prevalentes.

Para Ribeiro *et al.* (2008) pacientes submetidos à hemodiálise são mais susceptíveis a processos infecciosos em razão das punções e da inserção de cateteres, podendo também estar associados à localização do acesso, experiência do profissional que realiza os procedimentos, tempo de permanência e falta de cuidados com o mesmo. Assim, é importante ter profissionais conscientes, competentes e atualizados. Os profissionais que manipulam o CDL precisam ter total domínio dos fatores de risco e de prevenção de infecção para realizarem os cuidados com o mesmo.

Fundamenta-se Alexandre e Santana (2002) para ressaltar que inspeção do local de penetração do cateter deve ser rotina sempre que se realizar a troca de curativos. O aparecimento de sinais de infecção local: eritema, endurecimento, dolorimento, aumento da temperatura local, ou drenagem de secreção purulenta, não necessariamente indica contaminação de cateter, mas é sinal de que pode proceder a um episódio de contaminação. O diagnóstico de contaminação de cateter é realizado através de hemoculturas periféricas e hemoculturas colhidas através do cateter e cultura de ponta dele.

Os cateteres duplo-lúmen (CDL) representam uma ferramenta essencial do armamentário terapêutico do nefrologista e do cirurgião vascular. Os CDLs permitem acesso vascular imediato, fornecendo fluxo sanguíneo adequado para a realização de hemodiálise (HD) em situações emergenciais como a insuficiência renal aguda. Eles também podem ser utilizados como acesso vascular temporário para HD em pacientes com doença renal crônica que aguardam confecção ou maturação de acesso vascular permanente. Neste contexto, os CDLs devem ser vistos como instrumentos que permitem salvar a vida de inúmeros pacientes. No entanto, tanto o procedimento de inserção de CDL quanto o seu uso prolongado estão associados à ocorrência de uma série de complicações. As complicações imediatas (CI) decorrem, em sua maioria, do procedimento de punção venosa central, e a sua frequência e gravidade pode variar de acordo com o sítio

de punção. Os sítios mais utilizados na prática clínica são as veias jugulares internas, subclávias e femorais. Punção arterial, hemorragia local e formação de hematomas são CIs relativamente frequentes que podem ocorrer independentemente do sítio escolhido (ROCHA *et al.* 2008).

Conforme Besarab e Raja (2003), a infecção é a causa mais importante de perda do cateter e aumenta a morbidade e a mortalidade. A infecção geralmente aparece pela migração da flora da pele do próprio paciente pelo local de punção e pela superfície externa do cateter, ainda que possa resultar de contaminação dos conectores do cateter, contaminação da luz durante a diálise ou de soluções infundidas.

Para Fram *et al.* (2009) pacientes que realizam hemodiálise possuem um alto risco de infecção devido aos efeitos imunossupressores causados pela IRC, comorbidades, alimentação inadequada e a necessidade de manutenção de acesso vascular por longos períodos. Em serviços de diálise vários pacientes são submetidos ao procedimento de hemodiálise simultaneamente, em um mesmo ambiente, o que facilita a disseminação de microorganismos por contato direto ou indireto através de dispositivos, equipamentos, superfícies ou mãos de profissionais da saúde. A ocorrência de resistência bacteriana deve ser considerada, pois pacientes em tratamento dialítico são frequentemente hospitalizados e expostos a microorganismos multirresistentes, bem como a tratamentos com antimicrobianos de amplo espectro.

À semelhança dos cateteres vasculares utilizados para outras finalidades, o local de inserção também parece interferir no risco de infecção. Cateteres localizados na veia jugular apresentam maior risco para infecção do que aqueles inseridos na veia subclávia, e femoral apresentam maior risco do que aqueles inseridos nos dois sítios anteriores. Um aumento do risco de infecção também ocorre com a cateterização prolongada, e em situações de higiene pessoal inadequada por parte do paciente (MANGINI; CAMARGO, 2005).

Para que os cuidados na prevenção e

controle de infecção de cateter duplo lúmen sejam alcançados, são primordiais os cuidados na manipulação e controle do tempo de permanência. Os fatores de risco em relação à prevenção de infecções podem estar associados ao tipo e localização do cateter, a frequência, a competência e a qualidade asséptica na manipulação. Sendo assim, a equipe de enfermagem tem papel fundamental na prevenção desses agravos, os quais correspondem ao aumento das taxas de morbimortalidade em pacientes submetidos aos tratamentos hemodialítico (MAZIERO *et al.* 2009).

Esta pesquisa tem como problemática a infecção do sítio vascular por cateter de duplo-lúmen em pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico. Tem como objetivo identificar a incidência de infecção do sítio vascular, bem como caracterizar o perfil do cliente que apresentou infecção durante o tratamento dialítico e descrever o perfil microbiológico das infecções de CDL.

METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo do tipo descritivo e de natureza quantitativa, sendo que a pesquisa foi realizada na Fundação Hospitalar Dilson de Quadros Godinho, situado na cidade de Montes Claros-MG, no centro de nefrologia, no segundo semestre de 2012. Para a coleta de dados foram utilizados dados secundários disponíveis em prontuários de todos pacientes atendidos com diagnóstico de Insuficiência Renal, que utilizaram o cateter de duplo-lúmen no período de julho de 2011 a julho de 2012. Os dados referentes à infecção do cateter foram obtidos através da ficha de notificação de infecção hospitalar no serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH). Para a coleta de dados foi utilizado um formulário no qual facilitou a obtenção desses dados. Os dados foram analisados através de um programa chamado *Epi Info*. Ancorando-se na Resolução nº 196/96, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da FUNORTE (Faculdades Unidas do Norte de Minas), com parecer número 115/460. Foi realizada a análise estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os dados dos pacientes portadores de Insuficiência Renal quanto ao sexo, constatou-se que o sexo masculino predominou (65,51%), em relação ao sexo feminino (34,49%). A média de idade desses pacientes era 56,28 anos, variando de 24 a 93 anos.

Tabela 1- Caracterização dos pacientes com insuficiência renal em tratamento hemodialítico por meio do CDL, em um centro de nefrologia de um hospital em Montes Claros-MG, no período de julho de 2011 a julho de 2012, segundo sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil e procedência

Características	(Nº)	(%)
Sexo		
Masculino	57	65,51
Feminino	30	34,49
Total	87	100
Idade		
Média	56,28	
Máxima	93	
Mínima	24	
Desvio Padrão	18,8	
Escolaridade		
Sem informações	65	74,7
Ensino Fundamental (C ou I)	14	16,1
E. Médio (C ou I)	3	3,4
E. Básico (C ou I)	2	2,3
Analfabeto	2	2,3
E. Superior	1	1,1
Total	87	100
Profissão		
Outros	22	44,0
Lavrador	12	24,0
Do Lar	8	16,0
Aposentado	4	8,0
Funcionário Público	4	8,0
Total	50	100
Estado Civil		
Casado	51	60,0
Solteiro	20	23,3
Viúvo	10	11,8
Separado	4	4,7
Total	85	100
Procedência		
Montes Claros	48	55,8
Outra Cidade	38	44,2
Total	86	100

Segundo Sesso (2000), foi evidenciado que 52% das pessoas com IRC eram do sexo masculino. Portanto, Torres *et al.* (2010) afirma que a predominância de pacientes do sexo masculino portadores de IRC em tratamento hemodialítico está em conformidade com outros estudos desenvolvidos com populações semelhantes no Brasil.

Em relação ao nível de escolaridade o item sem informações foi predominante (74,7%) entre os pacientes desse estudo, o que é preocupante, pois a escolaridade é um fator importante para a compreensão do tratamento, o que melhora significativamente a capacidade do paciente em promover seu autocuidado, melhorando principalmente seus hábitos higiênicos, ajudando a prevenir a ocorrência de infecção relacionada ao CDL (TORRES *et al.*, 2010).

No que se refere ao estado civil, à maioria dos pacientes eram casados (60,0%). Vale ressaltar a importância de se ter um companheiro para esta auxiliando e apoiando psicologicamente esses pacientes durante o tratamento.

Quanto à procedência, verificou-se que 48(55,8%) desses pacientes moram no município de Montes Claros-MG, e 38(44,2%) são de cidades circunvizinhas para realizar o tratamento hemodialítico, uma vez que em Montes Claros encontra-se um serviço de referência em Nefrologia.

Tabela 2- Diagnósticos de Base de pacientes portadores de insuficiência renal que utilizaram o CDL para o tratamento hemodialítico em um centro de nefrologia em Montes Claros-MG, no período de julho de 2011 a julho de 2012

	(Nº)	(%)
Insuficiência Renal Crônica	47	54,0
Insuficiência Renal Aguda	27	31,0
IRC em Estágio Final	4	4,6
Doença Renal em Estágio Final	3	3,4
Doença Renal Policística	2	2,3
Lúpus Eritematoso Sistêmico	2	2,2
Melanoma Intestinal Avançado	1	1,1
Câncer do Colo Uterino Avançado	1	1,1
Total	87	100

De acordo com a tabela 2, observa-se que a insuficiência renal crônica é o diagnóstico predominante com 54,0%, seguido por insuficiência renal aguda 31,0%. Segundo Daugirdas *et al.* (2003), a insuficiência renal crônica vem crescendo significativamente e tem como co-responsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e neoplasias, pois muitas pessoas desenvolvem a insuficiência renal por falta de detecção precoce e acompanhamento adequado e dessas patologias.

Tabela 3 - Distribuições das Complicações Sistêmicas dos CDL em pacientes portadores de insuficiência renal em tratamento hemodialítico em um centro de nefrologia em Montes Claros-MG, no período de julho de 2011 a julho de 2012

Complicações	(Nº)	(%)
Outros que não apresentaram complicações	38	43,4
Hipertermia/Febre	15	17,2
Pirogênia	11	12,6
Calafrios	11	12,6
Hiperemia	6	6,9
Secreção Purulenta	5	5,7
Saída Espontânea	1	1,6
Total	87	100

Como pode ser observado na tabela 3, dos 87 pacientes portadores de CDL, 38(43,4%) não apresentaram complicações durante o tratamento. Porém, neste estudo o sinal infeccioso prevalente foi a Hipertermia, seguida de Pirogênia e Calafrios.

Segundo Torres *et al.* (2010) a incidência de sinais e sintomas característicos de infecção no seu estudo foi a secreção purulenta no orifício do CDL com 38,3% e tendo a hipertermia, o sintoma mais observado com 10,6%. Já estudo realizado por Netto (2009) o sinal infeccioso prevalente foi a hipertermia, encontrada em 89,2% dos pacientes, seguida de secreção purulenta (27%) e hiperemia (18,9%).

Tabela 4 - Microorganismos isolados em hemoculturas e ponta de cateter de pacientes com insuficiência renal em tratamento hemodialítico por meio de CDL, em um centro de nefrologia em Montes Claros-MG, no período de julho de 2011 a julho de 2012

Não Multirresistentes	n(%)	Multirresistentes	n(%)
Staphylococcus aureus	7(46,7)	Enterococcus sp	1(50)
Enterobacter cloacae	2(13,3)	Klebsiella pneumonide	1(50)
Acinetobacter SP	1(6,7)		
Corineforme SP	1(6,7)		
Enterococcus SP	1(6,7)		
Escherichia coli	1(6,7)		
Streptococcus alfa hemolítico	1(6,7)		
Stenotrophomonos moltophilia	1(6,7)		
Klebsiella pneumonide	0(0)		
Total	15(100)		2(100)

Entre os microorganismos não multirresistentes a maior prevalência foi de *Staphylococcus aureus* (46,7%). É importante apontar que dos 87 pacientes com CDL 17(19,5%) apresentaram infecção e receberam antibióticoterapia previamente ao diagnóstico de infecção associada ao cateter. Desse total de pacientes analisados 17(19,5%) apresentaram resultados positivos para cultura, sendo 12(70,6%) em hemocultura e 6(29,4%) em ponta de cateter. Sendo que em uma hemocultura e ponta de cateter cresceu o mesmo microorganismo. Em relação ao tempo de permanência do cateter o mínimo foi de 1 dia e o máximo de 82 dias, sendo a média de 25,5 dias.

Segundo estudo de Ribeiro *et al.* (2008) na hemocultura de 36 pacientes portadores de cateter de duplo-lúmen 18(50%) foram encontrados focos de *Staphylococcus aureus*, em 10(27,8%) *Staphylococcus coagulase* negativo e em 8(22,2%) outros agentes etiológicos. Sendo o tempo de permanência do cateter foi de 7 a 30 dias.

O agente etiológico *Staphylococcus aureus* é residente da flora natural da pele, sendo um dos fatores primordiais de sua prevalência na infecção da inserção do cateter (MOYSÉS NETO *et al.*, 2003).

Segundo estudo realizado por Ferreira *et al.* (2005) foi evidenciado um alto índice de infecção: 27(42,2%) no sítio de inserção

do cateter com média de 26 dias para a sua ocorrência e das 61 amostras de hemocultura 30(49%) foram positivas e o *Staphylococcus aureus* foi o microorganismo mais isolado, com média de 34 dias para a ocorrência. Cabe ressaltar que a infecção é a segunda causa de morte entre pacientes com insuficiência renal, perdendo apenas para doenças cardiovasculares. Muitas dessas infecções estão associadas ao acesso vascular, principalmente o cateter temporário duplo-lúmen.

As complicações infecciosas são mais comuns nos acessos vasculares de pacientes submetidos à hemodiálise. Há controvérsias sobre a fonte responsável pela colonização do cateter temporário duplo-lúmen. Alguns autores apontam que a pele ao redor do cateter é a mais importante fonte de infecção, outros defendem que a conexão do cateter é mais importante, ou seja, a contaminação intraluminal. Outras fontes potenciais de contaminação intraluminal podem ser as mãos dos profissionais da saúde, que manipulam a conexão do cateter no processo do tratamento (LOMBARDI, 2003).

Ao analisar os dados do paciente em relação aos motivos de implante do CDL, encontrou-se que para 68,6%, foi devido à necessidade do tratamento hemodialítico de urgência, seguido de fístula inativa 9,1%, infecção de fístula 5,7%, perda de acesso

3,4%, tendo outros motivos de implante 13,2%.

Em estudo realizado por Ferreira e Andrade (2007) o motivo da implantação do CDL, 35(54,7%) foi devido à necessidade do tratamento hemodialítico de urgência, seguindo-se 20(31,2%) com perda de fístula arteriovenosa e 9(14,1%) aguardando maturação ou confecção da (FAV).

CONCLUSÃO

A incidência de infecção relacionada foi 19,5%, a maioria dos pacientes eram do sexo masculino com média de idade (56 anos), casados e que apresentavam diagnósticos de base Insuficiência Renal Crônica. O principal microorganismo isolado nas hemoculturas foi o *Staphylococcus aureus*.

A realização do estudo foi importante para identificar aspectos que dizem respeito à ocorrência de infecção em pacientes renais crônicos em uso de CDL para a realização de hemodiálise.

A transmissão de microorganismos pelas mãos dos profissionais de saúde é a principal via para as infecções, principalmente por meio de um procedimento invasivo. Portanto as ações de enfermagem englobam a participação na implantação, na vigilância, no controle e na verificação da manutenção do cateter. Como também, ações educativas com a equipe de enfermagem e orientações para o paciente e familiar.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

“Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.”

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, M.A.; SANTANA, S.L. Atuação de enfermeiros mediante os fatores de risco e de medidas de prevenção e controle de infecções

relacionadas ao cuidado com cateteres de hemodiálise- revisão sistematizada da literatura. **Journal of Specialized Care**, v.2, n.1, 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/jsncare/index.php/article/view/j.1983-41.52.2002.1982/456>>. Acesso em: 13 maio 2012.

BEGHETTO, M. *et al.* Fatores de risco para infecção relacionada a cateter venoso central. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.14, n.3, p.107-113, 2002.

BESARAB, A; RAJA, R.M. Acesso vascular para hemodiálise. *In*: DAUGIRDAS, J. T. *et al.* **Manual de diálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Cap.4, p.77.

BRUNO, A. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.36, p.649-660.

DAUGIRDAS, J.T. *et al.* **Manual de diálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FERREIRA,V.; ANDRADE, D. **Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade**. *Medicina*, v.40, n.4, p.582-588, 2007.

FERREIRA,V. *et al.* Infecção em pacientes com cateter temporário duplo-lúmen para hemodiálise. **Revista Panamericana de Infectologia**, v.7, n.2, p.16-21, 2005.

FRAM, D. S. *et al.* Prevenção de infecções de corrente sanguínea relacionadas a cateter em pacientes em hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p.564-568, 2009. Suplemento 1.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil: tratado de medicina interna**. 22.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

- LOMBARDI, R. Infecciones relacionadas com cateteres de hemodiálisis. *In: RODRIGUEZ, A.; RELLO, J. et al. Infecciones por catéteres vasculares*. Buenos Aires (Argentina): Editorial Médica Panamericana, 2003.
- MANGINI, C.; CAMARGO, L. F. A. (Org.). **Prevenção de infecção relacionada à via de acesso**. São Paulo: APECIH-Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2005. Cap. 2, p.1-2.
- MAZIERO, E.C.S. *et al.* Curativo de cateter venoso central em pacientes renais: conhecimento e valor atribuído pela equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.3, p.470-475, 2009.
- MACHADO, A. F. *et al.* Estudo prospectivo, randomizado e controlado sobre o tempo de permanência de cateteres venosos periféricos em crianças, segundo três tipos de curativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.291-298, 2005.
- MOYSÉS NETO, M. *et al.* Colonização por bactérias em cateter temporário de duplo lúmen para hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.36, n.3, p.431-432, 2003.
- NETTO, S.M. *et al.* Infecção de cateter vascular central em pacientes adultos de um centro de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.3, p.429-436, 2009.
- RIBEIRO, R.C.H.M. *et al.* Levantamento sobre a infecção na inserção do cateter de duplo lúmen. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p.212-215, 2008. Suplemento.
- ROCHA, P.N. *et al.* Complicações imediatas relacionadas à inserção de cateteres duplo lúmen para hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.30, n.1, p.54-58, 2008.
- SESSO, R. Inquérito epidemiológico em unidades de diálise do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.22, p.23-26, 2000. Suplemento 2.
- TADDEO FILHO, L. Diálise e hemodiálise. *In: FERNANDES, A.T. et al. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.37, p. 771-8.
- TORRES, G.V. *et al.* Incidência de infecção em pacientes com cateter temporário para hemodiálise. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.4, n.1, p.170-177, 2010.
- VERONESE, F. J.V. *et al.* Métodos dialíticos na insuficiência renal aguda. *In: BARROS, E. et al. Nefrologia: rotinas diagnóstico e tratamento*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 23, p.365-80.

LIMITAÇÕES NA ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Rubens Vitor Barbosa¹, Ariadne Freire de Aguiar Martins², Natália de Lima Feijão², Natana Cristina Pacheco Sousa², Ana Ciléia Pinto Teixeira Henriques³, Karla de Abreu Peixoto Moreira⁴

RESUMO: A violência contra mulher, considerada fenômeno complexo e presente no cotidiano da vida contemporânea, foi gerada a partir de processo histórico e cultural de subalternidade, relacionada à incapacidade de autoafirmação sexual e social. Objetivou-se analisar as evidências disponíveis na literatura nacional sobre a enfermagem e suas limitações no atendimento à mulher vítima de violência. Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada em setembro e outubro de 2013, através de levantamento das publicações nacionais, no idioma português, nos últimos dez anos (2003-2012) nas bases de dados LILACS e BDENF. Foram utilizados os descritores cuidados de enfermagem, violência contra a mulher, violência doméstica e prática profissional. Dos 82 artigos encontrados, apenas dez foram selecionados para análise, obedecendo aos critérios de inclusão, dois estavam disponíveis na base de dados BDENF e oito na base de dados LILACS. Avaliou-se que em muitos momentos o atendimento profissional de enfermagem é voltado apenas às questões que envolvem a patologia, sem que seja contemplada a subjetividade da mulher, o que limita as práticas de enfermagem e dos profissionais de saúde em identificar as mulheres que sofrem violência. Assim, aponta-se como mais um ponto de limitação a carência de aperfeiçoamento de profissionais, que por vezes, trazem essa ausência da própria graduação. Urge consolidação da rede de atendimento à mulher vítima de violência para reduzir danos físicos e psicoemocionais causados pela violência sofrida.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem; Violência contra a mulher; Violência doméstica; Prática profissional.

LIMITATIONS IN PROFESSIONAL NURSING CARE TO WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Violence against women, considered a complex phenomenon and present in everyday contemporary life, was generated from historical and cultural process of submission, disability-related sexual and social self-assertion. This study aimed to analyze the evidence available in the national literature on nursing and its limitations in the care to women victims of violence. It is an integrative literature review carried out in September and October 2013, through a survey of national publications, in Portuguese, over the last ten years (2003-2012) in the LILACS and BDENF databases. We used the descriptors: Nursing Care, Violence Against Women, Domestic Violence, and Professional Practice. Of the 82 articles found, we selected only ten for analysis, according to the inclusion criteria. Two were available in the BDENF database and eight in the LILACS database. We verified that, many times, the professional nursing care addresses only the issues involving the pathology, without contemplating the subjectivity of women, which limits the practice of nursing and health professionals to identify women experiencing violence. Therefore, we highlight, as another limiting aspect, the lack of professional improvement, which sometimes come from the graduation itself. Thus, there is an urgent need for consolidating the care network to women victims of violence in order to reduce physical and psycho-emotional damages caused by the violence suffered.

KEYWORDS: Nursing care; Violence against women; Domestic violence; Professional practice. Coordenadora do GEPEO, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: karladeabreupm@hotmail.com

¹ Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza/FAMETRO. Membro e coordenador discente do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Obstétrica (GEPEO), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: vitorubens20@hotmail.com

² Acadêmicas de Enfermagem da FAMETRO. Membros do GEPEO, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: ariadnemartins@hotmail.com, natalia_feijao@yahoo.com.br, natanasousa@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará/UFC. Coordenadora do GEPEO, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: anacileiahenriques@hotmail.com

⁴ Enfermeira obstetra. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará/UECE. Doutoranda em Enfermagem/UFC. Coordenadora do GEPEO, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: karladeabreupm@hotmail.com

Recebido em: 06/01/2013 . Aceito em: 23/02/2013

INTRODUÇÃO

A violência contra mulher, considerada fenômeno complexo e presente no cotidiano da vida contemporânea, foi gerada a partir de processo histórico e cultural de subalternidade, relacionada à incapacidade de autoafirmação sexual e social. Assim, a mulher se torna mais vulnerável à violência física e emocional, na medida em que não se torna sujeito da própria vida (ANDRADE; FONSECA, 2008).

No entanto, a violência ainda consiste em um fenômeno inviabilizado como demanda em serviços. Estudo que investigou as práticas profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) voltada para mulheres que vivenciam violência detectou que os profissionais reconhecem a importância de acolher mulheres que trazem essa demanda, porém se sentem impotentes e temerosos diante das situações (ANDRADE, 2009). Essa impotência é reiterada em outro estudo com recorte semelhante quando se referem a atitudes e práticas profissionais relacionados à violência de gênero (OLIVEIRA; SCHRAIBER; YHANADA, 2009).

A Lei Maria da Penha, criada em 7 de agosto de 2006, baseada em conceitos da Organização Mundial de Saúde (OMS), define violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Como violência física ficou definida qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher. A violência psicológica resulta de qualquer ação que cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o bem-estar. É violência sexual qualquer ato que a constranja a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força. A violência moral é qualquer que configura em calúnia, difamação ou injúria.

Muitas mulheres são violentadas dentro do próprio lar e, na maioria das vezes,

por pessoas com as quais convivem diariamente. É significativo o número de vítimas de agressão que deixam de tomar providências devido ao medo e até mesmo por falta de informações, fato que afeta a família e, conseqüentemente, ocasiona desestruturação familiar (SCHRAIBER *et al.*, 2008).

Segundo estudo de Moura, Albuquerque Netto e Souza (2012), o perfil sociodemográfico de mulheres que vivenciaram a situação de violência de gênero mostra que a maioria delas é jovem, tem baixo nível educacional, é solteira, de cor branca, está em idade reprodutiva, tem alguma ocupação remunerada e sofre violência psicológica principalmente por parte do companheiro íntimo.

A incorporação da violência à área de saúde não ocorre sem lacunas. Da mesma forma que a linguagem judicial e dos demais setores que lidam com o problema não expressa toda a complexidade da violência de gênero, também a perspectiva biomédica não o consegue. Estudos apontam que o reconhecimento da violência como problema de saúde acaba por se traduzir em intervenções sobre as alterações físicas relacionadas, de modo que a violência em si é desqualificada como problema, quando não passível de classificação no cardápio de necessidades oferecido pelos serviços que operam sob a racionalidade biomédica em que a doença constitui o objeto das ações (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Constituem-se como reais necessidades a formulação e a implantação de novas ações que integrem o conhecimento adquirido com estudo das causas da violência, dos fatores associados dentre outras variáveis de maneira efetiva, agregando diversos setores. Contribuindo na modificação da assistência à mulher vítima de violência pautada em um atendimento apenas curativo ou reabilitador para uma assistência preventiva, cujos riscos para ocorrência da violência sejam avaliados à realidade e medidas preventivas possam ser tomadas antes que os danos graves destas sejam implantados não apenas

na mulher, mas em toda a família (COSTA *et al.*, 2011).

Cada profissional possui papel fundamental no fluxo de atendimento à mulher, que perpassa pelo acolhimento grupal e individual, pelas orientações jurídicas e pela assistência indireta, como o serviço de transporte do centro de referência para delegacia. Para atenção de qualidade, destaca-se a atuação da equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, visando resgate à autoestima e fortalecimento da vítima. A violência contra as mulheres é um problema que atinge não apenas a vítima em si, como também toda a rede social de apoio, exigindo o engajamento e a contribuição de diferentes profissionais capacitados e sensibilizados com a causa (COSTA *et al.*, 2013).

A qualidade da escuta exige dos profissionais enfermeiros um comprometimento maior com a clientela e os serviços específicos de atenção às mulheres em situação de violência de gênero, principalmente nas unidades de atenção básica à saúde. A violência intrafamiliar é uma forma de expressão das famílias, sendo necessária a mudança de paradigma de civilização na sociedade, o que certamente se traduzirá como a corrida pela paz e em busca de relações de gênero mais humanas, dignas, harmônicas e respeitáveis (MOURA; ALBUQUERQUE NETTO; SOUZA, 2012).

São questões complexas e requerem esforços para mudança de um enfoque biologicista para um modelo ecológico, holístico, voltado para o conhecimento dos contextos que envolvem a violência no cotidiano dessas mulheres, para que enfim os profissionais de saúde que atuam no atendimento a estas tornem-se parceiros na difícil luta contra o desrespeito ao valor do ser humano que se constitui a questão (COSTA *et al.*, 2011).

Mediante a essa situação, constitui-se a seguinte questão norteadora para o estudo: que limitações são vivenciadas pela enfermagem no atendimento à mulher vítima de violência? Portanto, estabeleceu-se como

objetivo do estudo analisar as evidências disponíveis na literatura nacional sobre a enfermagem e suas limitações no atendimento à mulher que sofre violência.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo de revisão integrativa da literatura, cujo método funciona como ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, facilitando a utilização destes na prática clínica, uma vez que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para melhoria da assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Concernente à assistência à saúde e de enfermagem, considera-se que é imprescindível o vínculo do conhecimento oriundo de pesquisa com a prática, fundamentando-se a importância da realização de revisões integrativas da literatura que consistem na síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidas mundialmente, facilitando a incorporação de evidências (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esse tipo de pesquisa contribui para Prática Baseada em Evidência (PBE), proporciona o aprofundamento do conhecimento em determinado tema e apresenta as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critério de inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e surgimento da categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (PEDRO *et al.*, 2008).

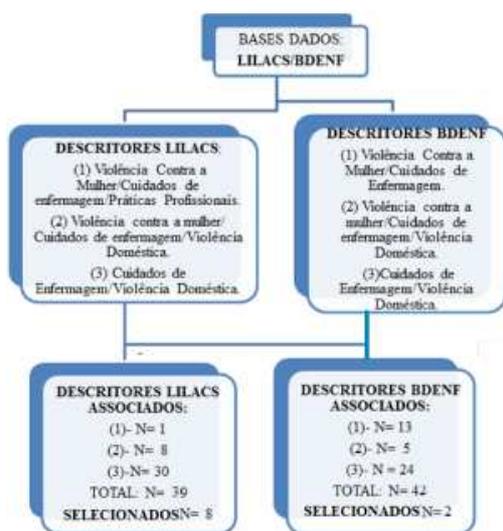
Na enfermagem, o uso da revisão integrativa pode mostrar lacunas no conhecimento e explicitar as áreas que carecem de mais pesquisas, buscando promover a atualização profissional, assim como ajuda a elucidar diferenças entre estudos (MENDES; SILVEIRA;

GALVÃO, 2008).

O levantamento foi realizado em setembro e outubro de 2013, nas bases de dados Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF), indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME).

Foram utilizados os seguintes descritores indexados no catálogo Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH): Cuidados de enfermagem/*Nursing care*; Violência contra a mulher/*Violence against women*; Violência doméstica/*Domestic violence*; Prática Profissional/*Professional practice* nas duas bases de dados citadas.

Figura 1 - Organograma da seleção metodológica de publicações nas bases de dados LILACS, BDENF. Fortaleza-CE, 2013



Para os critérios de inclusão, utilizaram-se artigos que retratavam o atendimento à mulher vítima de violência, voltada para assistência do profissional e de enfermagem e suas limitações, indexados nas bases de dados utilizadas na busca e

disponíveis *on-line* na íntegra, na língua portuguesa e nas publicações dos últimos dez anos (2003 a 2012).

A Figura 1 apresenta o organograma da seleção metodológica de publicações nas bases de dados LILACS e BDENF.

Do total de 82 artigos encontrados, após o cruzamento dos descritores, apenas dez foram selecionados para análise, obedecendo aos critérios de inclusão, dois estavam disponíveis na base de dados BDENF e oito na base de dados LILACS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final do levantamento, constatou-se que os artigos foram publicados entre 2007 e 2012, portanto não houve publicações seguindo os critérios do estudo, nos anos de 2003 a 2006.

Para determinação do nível de evidência, foi utilizada classificação das forças de evidências, que são divididas em seis níveis: nível 1: evidência obtida do resultado de meta análise de estudo clínico controlado e randomizado; nível 2: obtida em estudo de desenho experimental; nível 3: alcançada no delineamento de estudo quase experimental; nível 4: emerge de estudo não experimental, descritivo ou com abordagem metodológica qualitativa ou estudo de caso; nível 5: surge de relatório de caso ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou de dado de avaliação de programa; nível 6: baseada em opinião de especialista, em experiência clínica ou opinião de comitê de especialista, incluindo interpretação de informação não sustentável por pesquisa, opinião regular ou legal (STETLER *et al.*, 1998).

O quadro 1 apresenta a síntese dos estudos analisados, de acordo com título do artigo, autores, ano de publicação, natureza do estudo, aspectos limitantes da enfermagem/ outros profissionais e nível de evidência.

Quadro 1 - Síntese dos estudos analisados, de acordo com título do artigo, autores, ano de publicação, natureza do estudo, aspectos limitantes da enfermagem/outros profissionais e nível de evidência. Fortaleza-CE, 2013

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES/ ANO	NATUREZA DO ESTUDO	ASPECTOS LIMITANTES DA ENFERMAGEM/OUTROS PROFISSIONAIS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Violência Conjugal Desafio para Profissionais de Saúde	BISPO; ALMEIDA; DINIZ, 2007	Teoria das Representações Sociais	O trabalho aponta para a urgência de se efetivar, na prática, a capacitação da equipe de saúde e dos profissionais de áreas afins, mediante projetos de intervenção, para detectar as repercussões da violência sobre a saúde da mulher, tendo em vista a abrangência e a complexidade do tema. Defende-se também que essa temática seja inserida e/ou reforçada nos currículos acadêmicos dos cursos de graduação e de pós-graduação da área de saúde, contemplando a dimensão da interdisciplinaridade, substituindo os paradigmas da racionalidade e preparando os futuros profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva.	Nível 6
Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência	COSTA; LOPES, 2012	Caráter exploratório-descriptivo, com abordagem qualitativa	No meio acadêmico há poucos estudos enfocando a violência contra as mulheres residentes e trabalhadoras rurais e, em particular, pouco se conhece a respeito dessa especificidade.	Nível 4
O cuidado de enfermagem à vítima de violência doméstica	FERRAZ <i>et al.</i> , 2009	Revisão Bibliográfica	O despreparar o profissional para cuidar destas mulheres se reflete em preconceitos como o de culpar a vítima, desestimulando-a a denunciar o agressor. Muitas vezes a perseguição ao agressor está em primeiro plano e a atenção às necessidades da vítima fica limitada ao tratamento de eventuais traumas sofridos.	Nível 5
Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e Intersetorialidade	GOMES <i>et al.</i> , 2009	Revisão Bibliográfica	A assistência prestada à mulher em situação de violência não compreende o indivíduo nos aspectos biopsicossociais, o que demonstra que a assistência é fragmentada, os funcionários ainda não estão preparados para investigar a violência e prestar assistência apropriada à mulher. Isso mostra o reflexo do paradigma positivista na formação dos profissionais.	Nível 5
Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem	LEAL; LOPES; GASPAR, 2011	Pesquisa Exploratória Qualitativa	As enfermeiras que participaram da pesquisa não consideraram a violência contra a mulher um caso de polícia, nem um problema de Saúde Pública; para elas, é um problema social, que envolve educação, família, leis e ajuda social. Entende-se que a violência contra a mulher é um problema de Saúde Pública, entretanto, na maioria dos países, assim como no Brasil e em Portugal, nas instituições de saúde, ainda estão sendo necessários investimentos referentes à criação de uma cultura institucional voltada à identificação das mulheres em situação de violência, bem como ações nas quais os profissionais de saúde estejam instrumentalizados e respaldados para enfrentar as situações.	Nível 4

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES/ ANO	NATUREZA DO ESTUDO	ASPECTOS LIMITANTES DA ENFERMAGEM/OUTROS PROFISSIONAIS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
O cuidado em enfermagem à mulher vítima de violência sexual	MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010	Pesquisa Qualitativa	Percebe-se que essa ação de cuidar à mulher vítima de violência sexual pela enfermagem no serviço de saúde segue o modelo biomédico, cujas ações assistenciais estão direcionadas para o fazer, justificando a predominância do cuidado na dimensão técnica.	Nível 4
Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem,	VIEIRA <i>et al.</i> , 2011	Estudo de natureza qualitativa, de abordagem fenomenológica	É fundamental que os serviços de saúde, local que muitas vezes as mulheres elegem para buscar ajuda, passem a se preocupar com as dimensões estrutural, particular e singular da realidade, procurando identificar e compreender o fenômeno da violência em profundidade, para enfrentá-lo de forma a superar o modo intervencionista, ainda hegemônico, que reproduz a ideologia opressora dominante.	Nível 4
Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida	VIEIRA; PADOIN; SOUZA; PAULA, 2011	Estudo de natureza qualitativa, de abordagem fenomenológica	Demonstra-se, assim, que os profissionais constituintes da rede de assistência às mulheres em situação de violência, na maioria das vezes, não apresentam atitude de escuta quando realizam o atendimento. Sem considerar o contexto vivencial da mulher, estabelecem uma relação anônima, detendo-se na queixa pontual da situação de violência.	Nível 4
Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde	LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008	Pesquisa Qualitativa	A não identificação da situação de violência pelos profissionais de saúde contribui para perpetuar o ciclo de violência, diminuindo a eficácia e a efetividade do serviço de saúde, como também consumindo recursos financeiros. Os profissionais de saúde têm papel crucial na detecção da violência, principalmente, porque muitas vezes este é o único lugar procurado pelas mulheres nesta situação.	Nível 4
Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo	MATTAR <i>et al.</i> , 2007	Relato de Experiência	A criação de um serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual dentro de um modelo multidisciplinar e interdepartamental reafirma o compromisso da universidade pública com as demandas emergentes em saúde. A qualidade do atendimento prestado à mulher vítima de violência que venha fazê-la sentir-se acolhida e segura, em que esta possa relatar seus medos e tratar além dos ferimentos físicos, indicam que a participação das universidades é necessária e útil na abordagem da violência, de modo que venha formar profissionais capacitados para este serviço.	Nível 4

Dos artigos encontrados, dois foram publicados em 2007, dois em 2009, três em 2011 e um nos anos de 2008, 2010, 2012. Quanto aos níveis de evidência, sete artigos destacaram-se como evidência de nível 4, dois como evidência de nível 5 e um em nível 6. Quanto à natureza do estudo, sete artigos foram de abordagem qualitativa, duas revisões bibliográficas e um relato de

experiência.

As limitações descritas em cada artigo foram as seguintes: dois estudos mostraram que é necessário inserir no currículo acadêmico do curso de enfermagem a assistência prestada à mulher que sofre violência. Cinco dos estudos incluídos nesta pesquisa destacaram como limitação o despreparo profissional no atendimento

voltado à clientela descrita. Um estudo relatou que os profissionais de saúde, em destaque os enfermeiros, não consideravam que este fosse um problema de saúde. E, por fim, dois estudos questionaram a ausência de um serviço de atendimento à mulher que sofre violência, um serviço com um modelo multidisciplinar e intersetorial.

Após a etapa de síntese do conhecimento na avaliação dos estudos, esses foram categorizados e analisados e estão descritos a seguir. As duas categorias foram: acolhimento como espaço de fortalecimento do vínculo profissional e limitações na assistência profissional às mulheres que sofrem violência.

Acolhimento como espaço de fortalecimento do vínculo profissional

O processo de acolhimento das mulheres vítimas de violência é desencadeado a partir de sua identificação, o que requer, na maioria das vezes, experiência por parte do profissional que a recebe, visto a sua retração para verbalizar o assunto e expor ao profissional seus medos e angústias. Nesse acolhimento, salienta-se que o papel dos profissionais de saúde não é apenas agir sobre o outro que se submete aos seus cuidados, mas é também orientá-los a se ajudarem, estimulando a capacidade das mulheres de enfrentarem problemas, a partir de suas condições concretas de vida, principalmente valorizando os potenciais das usuárias.

A relação da enfermagem e da mulher em situação de violência ocorre nos cenários possíveis de assistência, independentemente de ser na unidade de saúde ou em qualquer outro estabelecimento que ocorrer o atendimento, necessitando fortalecer a construção de um relacionamento de familiaridade, respeito e escuta ativa. Desta forma, o enfermeiro escuta o significado objetivo trazido pelas mulheres, permeado de subjetividade e intencionalidades, possibilitando-o pensar, projetar e agir a partir das necessidades de saúde e contexto

vivencial desse grupo para o enfrentamento da violência que essas mulheres sofrem (VIEIRA *et al.*, 2011).

Sabe-se da necessidade de se discutir o assunto violência contra a mulher e desmitificar medos e ansiosos, o que será possível através da formação de vínculo entre a unidade e a mulher que busca assistência. O primeiro contato da mulher no serviço de saúde deve acontecer com os profissionais de enfermagem, que farão acolhimento humanizado, realização da anamnese, coleta de material para exames laboratoriais, agendamento de retorno e administração de medicações. Esses são passos que garantem a aderência ao seguimento ambulatorial (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

É fundamental a realização de acolhimento e vínculo com as mulheres, pois permite a construção de relações de confiança e de abertura para o outro, como também possibilita reciprocidade de experiências e fomenta interlocução entre sujeitos. Para constituição e fortalecimento do vínculo e da confiança, é importante que os profissionais valorizem a comunicação e o diálogo com as mulheres, possibilitando muitas vezes superação de sentimentos, como medo e vergonha para falarem sobre as situações de violência vividas. Assim, o diálogo não é mero recurso para obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento, mas é produção de compartilhamento, familiarização (MORAIS, MOREIRA, ROCHA, 2010; COSTA e LOPES, 2012).

É fundamental que os serviços de saúde, local que muitas vezes as mulheres elegem para buscar ajuda, passem a se preocupar com as dimensões estrutural, particular e singular da realidade, procurando identificar e compreender o fenômeno da violência em profundidade, para enfrentá-lo de forma a superar o modo intervencionista, ainda hegemônico, que reproduz a ideologia opressora dominante (VIEIRA *et al.*, 2011).

Limitações na assistência profissional às mulheres que sofrem violência

A assistência profissional oferecida às mulheres vítimas de violência deve ser constituída de conhecimento técnico-científico, habilidades e competência próprias da profissão, que favoreçam a percepção do ser humano nos aspectos biológico, psicológico, social e espiritual. Visto que, muitas vezes, o atendimento é voltado apenas às questões patológicas, sem que seja contemplada a subjetividade, desta forma, limita as práticas dos profissionais de saúde. O atendimento torna-se direcionando aos aspectos da patologia e das lesões físicas, sem que se estabeleça uma relação entre elas e a situação de violência (BISPO; ALMEIDA; DINIZ, 2007; FERRAZ *et al.*, 2009).

Assim, aponta-se como mais um ponto de limitação a carência de aperfeiçoamento dos profissionais, que por vezes trazem essa ausência da própria graduação. O conhecimento sobre o tema é fundamental para lidar com as adversidades e de como encaminhar de forma adequada essa mulher vítima de violência. É preciso repensar o papel da universidade e dos serviços na abordagem da violência doméstica, a fim de possibilitar espaços de práticas, nos quais alunos, professores, profissionais e usuários dos serviços possam desenvolver a capacidade de percepção do indivíduo na sua integralidade (GOMES *et al.*, 2008).

Profissionais têm pouco conhecimento acerca do que fazer na maioria dos casos e no desenvolvimento da prática profissional há tendência ao reducionismo biologicista e fragmentada a atenção à saúde da mulher. Tal conduta é justificada pela falta de formação profissional, já que os currículos acadêmicos raramente incluem os conhecimentos deste tema, como também a escassez de suporte institucional e equipe multidisciplinar no quadro funcional. Logo, são necessários aprofundamento e sensibilização dos profissionais acerca do tema em questão (LITTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Há urgência de se efetivar, na prática, a capacitação da equipe de saúde e dos profissionais de áreas afins, mediante projetos de intervenção, para detectar as repercussões da violência sobre a saúde da mulher, tendo em vista a abrangência e a complexidade do tema. Defende-se, também, que essa temática seja inserida e/ou reforçada nos currículos acadêmicos dos cursos de graduação e de pós-graduação da área de saúde, contemplando a dimensão da interdisciplinaridade, substituindo os paradigmas da racionalidade e preparando os futuros profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva (BISPO; ALMEIDA; DINIZ, 2007).

As discussões sobre a integralidade no atendimento à saúde e a importância da equipe interdisciplinar como tentativa de construção dessa perspectiva também se constituem em desafios atuais não apenas para quem presta o serviço, mas fundamentalmente para quem forma o profissional que irá prestar o serviço. Neste sentido, a criação de um serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um modelo multidisciplinar e interdepartamental reafirma o compromisso da universidade pública com as demandas emergentes em saúde (MATTAR *et al.*, 2007).

Estudo de Leal, Lopes e Gaspar (2011) apontou que a enfermagem fica restrita a oferecer apoio às mulheres vítimas de violência e essa atribuição não somente se vincula ao comprometimento institucional de identificar os sintomas, reconhecer a mulher em situação de violência e incluir os demais encaminhamentos que envolvem o atendimento de saúde às mulheres em situação de violência. Mas, devido ao âmbito hospitalar, pela grande quantidade e rotatividade de pacientes e profissionais não qualificados, o que dificulta a caracterização da mulher vítima de violência.

As enfermeiras que participaram de pesquisa não consideraram a violência contra a mulher um caso de polícia, nem um problema de Saúde Pública; para elas, é um problema social, que envolve educação,

família, leis e ajuda social. Entende-se que a violência contra a mulher é um problema de Saúde Pública, entretanto, na maioria dos países, assim como no Brasil e em Portugal, nas instituições de saúde, ainda estão sendo necessários investimentos referentes à criação de uma cultura institucional voltada à identificação das mulheres em situação de violência, bem como ações nas quais os profissionais de saúde estejam instrumentalizados e respaldados para enfrentar as situações (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011).

Portanto, com limitações da enfermagem apontadas nos estudos que compuseram esta revisão, têm-se a ausência de medidas voltadas à promoção a saúde de mulheres vítimas de violência e o despreparo de profissionais da saúde para investigar a violência e prestar assistência adequada à mulher, tendo apenas ações fundamentadas na doença e cura, necessitando assim, de estudos que analisem ações do enfermeiro como profissional direcionado para atuação nesse campo.

CONCLUSÕES

Os serviços e profissionais de saúde ocupam lugar estratégico na identificação da violência contra a mulher, bem como na assistência à vítima e seu encaminhamento a serviços especializados, antes que incidentes mais graves aconteçam. Entretanto, profissionais de saúde ainda não estão preparados para investigar a violência e prestar assistência apropriada à mulher, visto que estes ainda se limitam ao modelo curativista, cujo olhar do profissional seja direcionado apenas aos sinais físicos que a vítima apresenta.

As práticas fundamentadas em um olhar que contempla meramente a observação de sinais e sintomas, de quadros clínicos, dificultam a identificação da violência, uma vez que os profissionais não se apoderaram de instrumentos que lhes permitam identificar os aspectos clínicos e a história de violência. Isso mostra o reflexo

do paradigma positivista na formação dos profissionais.

O enfermeiro, profissional de destaque no estudo, apresenta dificuldades não somente em identificar a violência, mas em lidar com ela, uma vez que esta envolve aspectos biopsicossociais, o que requer habilidade do profissional para abordar as vítimas dos diferentes tipos de violência, local de acolhimento privativo e humanizado, elaboração de intervenções resolutivas e com foco especial a medidas de promoção da saúde.

As limitações não atingem apenas serviços da enfermagem e sim profissionais que atuam no atendimento às mulheres vítimas de violência. Destaca-se a necessidade de interação dos profissionais para reduzir cada vez mais determinadas limitações sofridas, podendo assim realizar assistência qualificada, reduzindo de forma significativas danos causados pela violência sofrida por essas mulheres.

Portanto, são necessárias para um atendimento eficaz ações intersectoriais e interdisciplinares que propiciem um trabalho colaborativo e, desta forma, a promoção de uma assistência menos passiva, um cuidar acolhedor, permitindo um olhar sensível e humano para a saúde, com a finalidade de recuperar a autoestima, a saúde mental e a qualidade de vida de mulheres vitimadas pela violência. Uma equipe multifatorial e qualificada no assunto abordado para acompanhar periodicamente as necessidades da vítima e seus familiares. Além, de melhorar o acesso para que essas mulheres cheguem até a instituição, no qual deseja entregar o agressor, e que elas não passem por dificuldades no processo de liberação devido à ausência de articulação dos serviços.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. J. M. **As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.
- ANDRADE, C.J.M; FONSECA, R.M.G.S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n.3, p 303-309, 2008.
- BISPO, T.C. F; ALMEIDA, L.C.G; DINIZ, M.F. Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 11-18, 2007.
- BRASIL. Lei nº. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. **Brasília: Câmara dos deputados**, Coordenação de Publicações, 2007.
- COSTA, A.M. *et al.* Violência Contra a Mulher: Caracterização de Casos Atendidos em um Centro Estadual de Referência. **Revista Rene**, v. 12, n.3, p 627-35, 2011.
- COSTA, D.A.C. *et al.* Assistência Multiprofissional à Mulher Vítima de Violência: Atuação de Profissionais e Dificuldades Encontradas. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n.2, p.302-309, 2013.
- COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde às mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n. 5, p. 1088-1095, 2012.
- FERRAZ, M.I.R. *et al.* O Cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n.4, p 755-9, 2009.
- GOMES, N.P.*et al.* Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Enfermagem UERJ**, v.17, n. 1, p 14-17, 2009.
- LEAL, S.M.C; LOPES, M.J.M; GASPAR, M.F.M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.37, p 409-424, 2011.
- LETTIERE. A; NAKANO, A. M. S; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.3, p 467-473, 2008.
- MATTAR, R. *et al.* Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23 n.2, p 459-464, 2007.
- MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MORAIS, S.C.R.V; MONTEIRO, C.F.S.; ROCHA, S.S. O Cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.19, n.1, p 155-160, 2010.
- MONTEIRO, C.F.S.*et al.* A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n. 12, p. 273-279, 2006.

MOURA, M.A.V; ALBUQUERQUE NETTO, L; SOUZA, M.H.N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.16, n.3, p 435-442, 2012.

OLIVEIRA, A. F. P. L; SCHRAIBER, L.B; HANADA, H.D.J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1037-1050, 2009.

PEDRO, I.C.S. *et al.* Apoio social e famílias de crianças com câncer: revisão integrativa. **Revista Latino-americana**

de Enfermagem, v.16, n.3, p. 1-8, 2008.

STETLER, C.B. *et al.* Evidence based practice and the role of nursing leadership. **The Journal of Nursing Administration**, v.28, n.7/8, p 45-53, 1998.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Violência a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.17, n.4, p 754-764, 2008.

VIEIRA, L.B. *et al.* Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v.19, n.3, p 410-414, 2011.

A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NO BRASIL E A SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM: ASPECTOS HISTÓRICOS¹

Magda Guimarães de Araujo Faria², Helena Maria Scherlowski Leal David³, Sonia Acioli⁴

RESUMO: A educação a distância (EAD) é uma modalidade educativa universalmente utilizada. Ao passar dos anos, com o surgimento das tecnologias de comunicação e informação, a EAD conseguiu ampliar sua abrangência, fazendo com que esta estratégia seja empregada em cursos de graduação, especialização, extensão e, principalmente, na educação permanente. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é analisar o histórico da educação a distância no Brasil, enfatizando sua influência no campo da saúde e da enfermagem. Na saúde, sua aplicação é cada vez maior, sendo utilizada como um recurso para compartilhamento de experiências e conhecimento, otimizando assim, a oferta dos serviços de saúde. As iniciativas bem sucedidas desta modalidade ao longo da história foram essenciais para a inserção dos recursos educacionais a distância no campo da saúde. Os exemplos de utilização das tecnologias da educação a distância ainda são recentes, entretanto, devido ao seu êxito, estas servem de exemplo a diversas partes do mundo. Na enfermagem, a EAD é uma solução viável para a busca de saberes técnicos, tendo em vista o elevado número de horas trabalhadas semanalmente pelos profissionais. O avanço da educação a distância é algo muito significativo, pois privilegia não apenas a formação profissional, mas a resolutividade das ações e, sobretudo, a saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Educação a distância; Telemedicina; Educação em enfermagem; Enfermagem.

DISTANCE EDUCATION IN BRAZIL AND ITS INFLUENCE ON HEALTH AND NURSING: HISTORICAL ASPECTS

ABSTRACT: The distance education (DE) is an educational modality used universally. Over the years, with the advent of information and communication technologies, DE managed to expand its reach, making this strategy to be used in undergraduate courses, specialization, extent, and especially in continuing education. In this sense, the objective of this article is to analyze the history of distance education in Brazil, emphasizing his influence in the field of health and nursing. In health, its application is increasingly being used as a resource for sharing experiences and knowledge, optimizing the supply of healthcare services. Successful initiatives of this type throughout history were essential for the insertion of the distance educational resources in the health field. Examples of use of distance education technologies are still recent, however, due to its success, they serve as an example to many parts of the world. In nursing, the distance education is a viable solution to the search for technical knowledge, considering the high number of weekly hours worked by professionals. The advancement of distance education is very significant because it focuses not only professional training but the resolution of the actions and, above all, the health of the population.

KEYWORDS: Education, distance; Telemedicine; Education, nursing; Nursing.

¹ Trabalho fruto da dissertação de mestrado da autora principal, intitulada “Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica”.

² Mestre em enfermagem. Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora substituta do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail: mag_araujo@yahoo.com.br.

³ Doutora em Saúde Coletiva. Diretora da Faculdade de enfermagem da UERJ. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro – RJ – Brasil. E-mail: helena.david@uol.com.br.

⁴ Doutora em saúde coletiva. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail: soacioli@gmail.com.

Recebido em: 17/02/2013 . Aceito em: 28/04/2013

INTRODUÇÃO

A educação a distância (EAD) é uma estratégia de ensino-aprendizado que vem ao encontro das necessidades da sociedade moderna. Kenski (2009) afirma que nessa modalidade, a informação desloca-se mais velozmente do que o aluno, onde as inúmeras possibilidades de acesso à informação e às novas tecnologias de comunicação contribuem para o fluxo contínuo de dados.

Na saúde, a educação a distância é percebida sob forma de cursos de aperfeiçoamento, extensão, educação permanente, além de cursos de especialização fornecidos por instituições de ensino a distância (RODRIGUES; PERES, 2008).

Neste sentido, Faria e David (2010) sugerem que a educação a distância é uma maneira de auxiliar a prática de saúde, pois permite ao profissional o conhecimento sobre determinado assunto, além de instiga-lo a buscar novas informações através das tecnologias da educação a distância.

Dessa forma, na educação a distância é necessária uma disposição concreta do aluno em aprender e fazer disso um mecanismo propulsor para buscas constantes de conhecimento (FARIA, DAVID e ACIOLI, 2012).

Além disso, a EAD é um meio cada vez mais utilizado de inserir o profissional em um meio que o estimule a buscar novos conhecimentos e compartilhar sua experiência prática (OLIVEIRA, 2007).

Especificamente na enfermagem, a educação a distância reafirma sua importância quando analisamos a alta carga de trabalho do enfermeiro, traduzida por um número elevado de horas semanais de trabalho, o que inviabiliza e desestimula a busca por conteúdos informativos.

Nesta perspectiva, o presente trabalho pretende: analisar o histórico da educação a distância no Brasil, enfatizando sua influência no campo da saúde e da enfermagem.

A educação a distância no Brasil

A educação a distância é o processo de aprendizagem no qual o educador e o aluno não compartilham o mesmo espaço físico ou momento cronológico no processo de aprendizado (NASCIMENTO; TROMPIERI FILHO, 2002; RODRIGUES; PERES, 2008).

Desde que foi criada, a educação a distância tem como principal objetivo possibilitar uma autonomia ímpar ao estudante, o que infelizmente devido aos compromissos e a estrutura tradicional de ensino, tende a não acontecer no ensino presencial, centrado na figura do professor.

Um processo de ensino e aprendizagem centrado no estudante será então fundamental como princípio orientador de ações do EAD. Isto significa não apenas conhecer o melhor possível suas características socioculturais, seus conhecimentos e suas experiências, e suas demandas e expectativas, como integrá-las realmente na concepção de metodologias, estratégias e materiais de ensino, de modo a criar através deles as condições de auto-aprendizagem (BELLONI, 2009, p. 31).

Esse processo inovador de aprendizado teve seu primeiro registro em 1728, nos Estados Unidos, mas somente ganhou notoriedade a partir da expansão da revolução industrial, em meados do século XIX, com a disseminação de cursos pelo correio. Em 1840, Isaac Pitman utilizou o método de ensino a distância para vender aulas de seu curso de taquigrafia pelo correio na Inglaterra. Em 1880 e 1884, foram instituídos um curso preparatório e um curso sobre contabilidade, ambos na Grã-Bretanha. Em 1891, o americano Thomas Foster, ofereceu cursos sobre segurança em minas (NUNES, 2009; PETERS, 2003).

A experiência realizada no continente europeu deu início a uma série de outras experiências em diversas partes do mundo. Seu público alvo eram os trabalhadores que

por algum motivo não podiam frequentar a rede clássica de ensino, porém vivenciavam as exigências do mercado de trabalho. A necessidade de compreensão das novas demandas (baseadas intrinsecamente em conhecimentos tecnológicos e mecânicos) e a esperança da ascensão social levaram a EAD a ser um dos métodos mais viáveis de obtenção de conhecimento (PETERS, 2003).

Nos Estados Unidos, a educação a distância é reconhecida e disponibilizada como recurso de obtenção de saberes desde o ano de 1892. No Canadá, tal tecnologia é utilizada desde 1976, quando seu principal recurso eram as conferências telefônicas. Na Austrália, a EAD é utilizada pelos cursos de graduação desde 1910. A primeira experiência com educação a distância em Bangladesh foi em 1985, através de uma especialização a distância. Na China, os programas de educação a distância estão disponíveis desde 1950 e na Índia, desde 1962 (NUNES, 2009).

Em outros países, a proposta da educação a distância também foi bem recebida. É o caso da Indonésia, onde a EAD nasceu em 1950 e sua Universidade Aberta em 1984. Hoje o país atende mais de 100 mil alunos. No Japão, há relatos de cursos a distância que datam do século XIX, porém na década de 30 esse modo de aprendizagem tomou notoriedade. Na Nova Zelândia, o primeiro curso por correspondência foi em 1922, e na Rússia em 1930 (NUNES, 2009).

Em outros países, houve uma espera maior para o reconhecimento da Educação a distância e para a criação das Universidades Abertas correspondentes. É o caso de Portugal, onde sua Universidade foi criada em 1988, porém reconhecida apenas em 1994. A Espanha criou uma universidade a distância no ano de 1972, a Venezuela em 1976 e a Costa Rica em 1980 (NUNES, 2009)

No Brasil, os cursos baseados em Educação a distância são observados desde 1904, quando se iniciou o primeiro curso por

correspondência do país. Em 1923, a modalidade expandiu-se e começou a contar com inovações tecnológicas, deu início então aos cursos praticados por rádio. Em 1937, com a criação do Serviço de Radiodifusão Educativa do Ministério da Educação, vários programas educativos foram implementados através da utilização do rádio como recurso tecnológico (ALVES, 2009).

Posteriormente, em 1961, iniciou-se a utilização da televisão como mais um recurso na formação a distância (RODRIGUES; PERES, 2008). O código brasileiro de telecomunicações, veiculado em 1967 determinava obrigatoriedade das emissoras de televisão em ceder horários específicos para programas educativos, contudo em 1990, as emissoras foram desobrigadas a ceder o horário gratuito para atividades educativas (ALVES, 2009).

Após anos de experimentos bem sucedidos, na década de 70 iniciou-se o apoio governamental para a formação a distância. A partir desse momento, os recursos utilizados em cursos a distância começam a ser empregados juntamente com novas tecnologias como as fitas de áudio, para formação a nível superior. Estavam estabelecidas, portanto, as primeiras Universidades Abertas (PETERS, 2003).

A partir do final do século XX, notabilizou-se uma reconfiguração nas relações sociais existentes, era o início da popularização do sistema de internet. Tal processo teve início na década de 80, porém não era acessível a todas as camadas da sociedade. Na década de 90, com a expansão da rede *onlinede* computadores, houve a inserção dessa tecnologia em boa parte dos lares brasileiros. Atualmente essa perspectiva avançou de forma que as camadas menos favorecidas da sociedade possuem acesso a tecnologia da internet, através de computadores próprios ou *lanhouses* (FARIA, 2010).

No Brasil, existem várias iniciativas de educação a distância. Uma delas é o “Instituto Universal Brasileiro”, que oferece cursos profissionalizantes e técnicos há mais

de 60 anos, e por isso, é considerado um dos pioneiros desta modalidade de ensino no país (INSTITUTO UNIVERSAL BRASILEIRO, 2010).

Outra iniciativa importante na história da EAD no país é o programa televisivo “Salto para o futuro”, televisionado pela TV Escola desde 1991 com a proposta de mediar debates com professores, trazendo a tona questões da prática profissional (TV BRASIL, 2010).

O conceito de Educação não presencial ganhou notoriedade no Brasil a partir da década de 90, quando torna-se mais visível a crítica aos modelos convencionais de aprendizado. Neste período, reforçou-se a necessidade de um novo modelo de ensino que contemple táticas de auto-aprendizado, questão que já estava sendo apontada pela pedagogia crítica há décadas.

Estima-se que, atualmente, metade da força de trabalho, juntamente com a metade do produto interno bruto (PIB) dos países desenvolvidos, correspondam predominantemente às indústrias de tecnologia e informação. Essas indústrias prestam serviços ligados essencialmente a telecomunicações, publicações e educação (NASCIMENTO; TROMPIERI FILHO, 2002).

Segundo Niskier (2009), atualmente cerca de 25 milhões de brasileiros com mais de 16 anos, possuem acesso à internet e, o total de alunos inscritos em cursos a distância chega a 800 mil.

A Lei nº 9.394 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996) regulamenta o exercício da Educação a Distância em diversas esferas de ensino além de determinar que este deva ser utilizado como complementação de aprendizagem. Podemos pontuar nessa lei como principais atribuições ao exercício da educação a distância: a) complementação da aprendizagem no ensino fundamental; b) incentivos do poder público para que a partir desta modalidade sejam referenciados cursos de todos os âmbitos de aprendizado, em especial a educação continuada; c) os

cursos a distância deverão ser oferecidos por instituições credenciadas pela união; d) os municípios, estados e a União deverão fornecer a jovens e adultos insuficientemente escolarizados com cursos presenciais e a distância, além de realizar a capacitação de professores em exercício.

Posteriormente, através de modificações realizadas na lei anterior, foi publicado o decreto 2.494 de 1998, onde foi veiculado pela primeira vez o conceito de educação a distância, sendo a modalidade de ensino que possibilita a auto-aprendizagem, através de recursos sistematicamente organizados, sob forma de suportes utilizados isoladamente ou combinados e veiculados pelos meios de comunicação.

Além disso, o decreto assegura: a) os certificados de conclusão de cursos serão expedidos pelas instituições que ofereceram o ensino, sendo credenciadas para este fim; b) alunos matriculados no ensino médio ou fundamental a distância, não precisam comprovar a escolarização anterior, sendo determinada a etapa adequada a ser cursada através de provas de nivelamento; c) certificados de conclusão ou créditos em cursos presenciais poderão ser aceitos em cursos a distância. O mesmo aplica-se a cursos a distância; d) a avaliação do aluno deverá ser realizada através de exames presenciais.

Apesar das modificações na Lei de Diretrizes e Bases da Educação através do decreto 2.498 de 1998, o resultado não surtiu o efeito esperado e com isso, em 2005, surgiu o decreto 5.622 (BRASIL, 2005).

Este decreto apresenta uma nova definição de EAD, desta vez mais ampla: A educação a distância é a modalidade de ensino na qual a mediação didático-pedagógica é feita através de tecnologias de informação e comunicação, em que estudantes e professores desenvolvem suas atividades em locais e tempos distintos.

Ainda no decreto nº 5.622/05 instituiu-se: a) obrigatoriedade na realização de tarefas presenciais como: avaliação,

estágios e atividades em laboratórios; b) ampliação da utilização da EAD para cursos de graduação, especialização, mestrado e doutorado; c) a duração de cursos a distância deverá ser a mesma das modalidades presenciais; d) o Ministério da Educação será o responsável pelo credenciamento de instituições para oferta de cursos de educação superior; e) os cursos de nível básico serão cadastrados pelas autoridades estaduais.

A educação a distância possui uma modalidade de estrutura organizacional chamada de instituição especializada. Nela, o emprego didático é voltado unicamente para o ensino não presencial, possuindo características próprias, como abrangência nacional, orçamentos independentes e habilitação de fornecimento de diploma próprio. Os cursos obedecem a regulamentações semelhantes as universidades de ensino presencial. Essas instituições oferecem geralmente os serviços de graduação e pós-graduação (BELLONI, 2009).

A partir da expansão de iniciativas de ensino a distância e dentro do conceito de instituição especializada, foi criada em 2005, pelo Ministério da Educação, a Universidade Aberta do Brasil. Seu principal objetivo é a capacitação de professores do ensino fundamental através da perspectiva de um aprendizado não presencial. Essa iniciativa conta com pólos universitários presenciais, laboratórios de informática e tutores disponíveis pelo acesso *online*. (BRASIL, 2010).

Práticas de saúde a distância no Brasil e no mundo

A história das práticas em saúde a distância, teve seu ponto de partida com a Telemedicina e, assemelha-se a história da educação, já exposta anteriormente neste estudo. Originalmente utilizou-se como difusor de práticas médicas, os serviços postais. Com o passar dos anos, incorporou-se novas tecnologias como o telefone e o

rádio, até chegar ao televisor, que pode ser considerado o aparato mais importante na história da telemedicina (MELO; SILVA, 2006).

Com o passar do tempo, o termo telemedicina começou a ser empregado de outro modo que não especificasse a área do profissional atuante. Surge então, a denominação telessaúde. Para Norris (2002 *apud* MELO; SILVA, 2006), telessaúde é o uso de tecnologias de informação para difusão de informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde.

Iniciativas bem sucedidas do uso de programas de educação permanente através da educação a distância podem ser referenciadas no Brasil e no mundo.

O estudo de Mora e Aboutanos (2006) apresenta a relação de colaboração do International Trauma System Development Program (ITSDP), órgão situado na Universidade de Virgínia (Estados Unidos da América) com o Ministério da Saúde do Equador. O principal objetivo dessa parceria é instruir as equipes de saúde equatorianas sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões traumáticas relacionadas com os recursos existentes em cada região do país.

Rohm *et al.* (2006) descrevem uma experiência de telessaúde em regiões rurais da Colômbia, onde se permitiu que, especialistas de áreas urbanas prestassem serviços a instituições de atenção básica a fim de auxiliar no combate a malária. Neste estudo, os autores identificaram como principal obstáculo para implantação do serviço, a ausência de luz elétrica e internet em algumas regiões.

Na Colômbia, o êxodo de profissionais especializados para as metrópoles faz com que as áreas rurais sofram uma carência constante de especialistas. Dessa forma, em 2001 criou-se um programa de telemedicina, que culminou na diminuição de tempo de espera a atendimentos especializados, além da elevação na qualidade dos serviços de saúde para a população (AMOROSO,

GUAJARDO e ARREOLA, 2006).

Na Bulgária, foi criado um serviço de telepsicologia, voltado para pacientes com transtornos mentais leves e que por algum motivo estavam impossibilitados de recorrer a um profissional para consultas face a face (JORDANOVA, 2006).

No Brasil, as duas principais iniciativas governamentais do emprego na EAD na saúde são o Programa Telessaúde Brasil Redes e a Universidade Aberta do Sistema Único Brasileiro. Em ambos os casos o público-alvo são profissionais de saúde atuantes principalmente na atenção básica de saúde (ABS).

O Programa Telessaúde Brasil Redes busca melhorar a qualidade do atendimento na ABS, por meio de tecnologias de informação. Possui dentre seus objetivos: 1. Melhorar a qualidade do atendimento na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), colaborando para a resolutividade da Atenção Primária em Saúde; 2. Reduzir custos e deslocamentos desnecessários; 3. Colaborar na fixação dos profissionais da saúde em áreas remotas; 4. Otimizar o atendimento oferecido aos usuários (PORTAL TELESSAÚDE, 2013).

Já a Universidade Aberta do SUS - UNASUS tem como proposta a articulação e a integração de um sistema nacional de formação de especialistas à distância. Sua meta é oferecer cursos a profissionais da rede de serviços do SUS para responder às demandas de qualificação do sistema de saúde e, em consequência, melhorar e aumentar a resolutividade do atendimento aos cidadãos brasileiros (BRASIL, 2013a).

A educação a distância e a enfermagem no cenário brasileiro

Na enfermagem, a EAD é utilizada sob diversos aspectos, inclusive na formação de enfermeiros a distância. Os cursos de graduação nesta modalidade são constantemente questionados por órgãos vinculados à prática de enfermagem, como o Conselho Federal de Enfermagem.

Há de se questionar se os cursos de graduação de enfermagem a distância conseguem atender a todos os aspectos subjetivos envolvidos na formação dos futuros enfermeiros. Além disso, enfatiza-se que estes cursos correspondem a uma parcela ínfima da oferta de cursos a distância em enfermagem.

Um dos pioneiros da EAD na área da enfermagem é no Brasil é o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE) que foi lançado em 2000 pelo Ministério da Saúde e teve como objetivo, a complementação profissional de auxiliares de enfermagem para técnicos de enfermagem (COSTA *et al.*, 2008).

Segundo Ferreira *et al.* (2007), o PROFAE permitiu a qualificação profissional e a melhora na qualidade do atendimento, além de possuir forte significância social, descrita na pesquisa como mudança de vida para os sujeitos.

Outra iniciativa de qualificação a distância na área da enfermagem são os cursos oferecidos pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP, 2010), onde o aluno pode contar com cursos de aperfeiçoamento, atualização e especialização a distância.

No Brasil, a educação permanente em enfermagem por meio de recursos a distância ainda é algo recente em comparação a outros países, porém existem alguns estudos que ressaltam sua eficácia.

O estudo apresentado por Quelhas, Lopes e Ropoli (2008) narra o desenvolvimento de um curso a distância sobre esterilização de materiais, que ocorreu em Campinas no ano de 2006. Nessa pesquisa, o índice de enfermeiros que finalizaram o curso foi de 78,6%.

Em 2008, foi realizado um estudo por Sanches e Lopes sobre o uso da EAD para atualizações sobre cardioversão e desfibrilações para enfermeiros. O índice de alunos que terminou o curso foi de 52,4% e a principal justificativa para evasão do curso foi a falta de tempo para dedicar-se às

tarefas exigidas como método avaliativo.

O estudo publicado por Ribeiro e Lopes (2006) foi baseado na experiência da construção de um curso a distância sobre tratamento de feridas. Do total de enfermeiros inscritos, apenas 60,7% concluíram o curso; Mais uma vez a justificativa principal para a evasão foi a falta de tempo e acúmulo de tarefas.

É importante ressaltar que a evasão em cursos realizados à distância tende a ser bastante elevada, pois muitos alunos abandonam o curso antes mesmo de iniciarem as aulas. A maioria alega falta de tempo ou inabilidade em utilizar o computador (CAMPOS, 2000).

A educação a distância também ganha notoriedade nas faculdades. Algumas disciplinas da graduação de enfermagem possuem a EAD como didática principal. Esse é o caso do estudo produzido por Camacho (2009), em que algumas disciplinas presentes no currículo de formação em enfermagem foram ministradas *online* em uma faculdade particular do estado do Rio de Janeiro. A experiência foi avaliada pelos próprios alunos, os quais 45,9% classificaram como muito bom o esclarecimento de dúvidas utilizando o sistema de ensino não presencial.

Além de cursos e disciplinas, a educação a distância também é aplicada na enfermagem através da possibilidade de criação de *websites* que visam a disponibilização de materiais pedagógicos a respeito de um determinado assunto de interesse. Esse método de ensino foi empregado e exposto no estudo realizado por Alves *et al.* (2006), na formulação de uma página na internet sobre informações referentes ao pé diabético.

A aplicação de recursos tecnológicos mais básicos como o correio eletrônico também tem sido amplamente empregado em estratégias de educação a distância. Em grandes empresas o uso deste dispositivo é praticamente essencial devido à redução de custos e velocidade de disseminação de informações. Na enfermagem seu emprego

está relacionado também com a velocidade de propagação de informações e conteúdos e por isso, tem sido cada vez mais utilizada tanto para fins sociais tanto para profissionais (NASCIMENTO; TROMPIERI FILHO, 2002).

Certamente, quando um grupo de enfermeiros desenvolve um serviço de educação permanente, eles deverão participar de todos os passos metodológicos para a construção de tal proposta. Além disso, soma-se o fato da obrigatoriedade de vivenciar todas as incertezas que estão por trás do planejamento de um serviço de educação a distância (SEAD). Eliasquevici e Prado Junior (2008) identificaram uma série de questões inerentes à criação de um SEAD, dentre eles estão: corpo docente, tutores, divulgação para os alunos, equipe técnica e disponibilização de material didático.

Os recursos tecnológicos para obtenção da educação permanente em saúde vêm sendo amplamente utilizados. Os enfermeiros em geral os utilizam para sanar dúvidas a respeito de suas práticas hospitalares.

Na área da atenção básica de saúde essa vivência não é diferente. O estudo publicado por Garcia e Baptista (2007) expõe a realidade da implantação de um serviço de educação permanente à distância para profissionais da atenção básica na Bahia.

O serviço de educação permanente a distância torna-se ferramenta importante na área de saúde, pois colabora para orientar as práticas e atualizar o profissional em relação a novos saberes.

CONCLUSÃO

Apesar de ser uma metodologia de ensino relativamente recente, a educação a distância já é percebida há muitos anos como estratégia de compartilhamento de informações.

As iniciativas bem sucedidas desta modalidade ao longo da história foram essenciais para a inserção dos recursos

educacionais a distância no campo da saúde.

No cenário brasileiro, os exemplos de utilização das tecnologias da educação a distância ainda são recentes, entretanto, devido ao seu êxito, estas servem de exemplo a diversas partes do mundo.

Na enfermagem, a EAD possui grande relevância nas atividades educativas, principalmente àquelas relacionadas a educação permanente. O avanço da EAD na saúde é algo muito significativo, pois privilegia não apenas a formação profissional, mas a resolutividade das ações e, sobretudo, a saúde da população.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

A autora principal trabalhou na construção do manuscrito e as coautoras trabalharam na orientação desta construção, na revisão e na redação final.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.R.M.. A história da EAD no Brasil. *In*: LITTO, F.; FORMIGA, Marcos. **Educação a distância**: o estado da arte. São Paulo: ABDR, 2009. p. 9-13.

ALVES, V.L.S. *et al.* Criação de um web site para enfermeiros sobre pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 56-61, 2006.

AMOROSO, G.M.; GUAJARDO, S.A.G.; ARREOLA, C.L. Telemedicina em Nuevo Leon, México: uma realidade. *In*: SANTOS, Alaneir de Fátima *et al.* **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p. 384-389.

BELLONI, M.L. **Educação a distância**. 5. ed. Campinas: Autores Associados, 2009. 115p.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece diretrizes

e bases para a educação nacional. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.oficinadeveiculos.com.br/pdfs/LEI9394.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. **Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005**. Regulamenta o Art. 80 da LDB. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5622.htm>. Acesso em: 06 out. 2013.

_____. **Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010**. Institui em âmbito nacional o Programa Telessaúde Brasil. Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=16>>. Acesso em: 06 out. 2013.

_____. **Ministério da Saúde**. Universidade Aberta do SUS. Portal UNASUS. Sobre o UNASUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/node/1>>. Acesso em: 10 out. 2013a.

CAMACHO, A.C.L.F. Educação a distância na disciplina de legislação, ética e exercício de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p.151-155, 2009.

CAMPOS, G.H. Vantagens, desvantagens e novidades da EAD. **Revista TI**, [S. l.], 21 nov. 2000. Disponível em: <http://www.timaster.com.br/revista/artigos/main_artigo.asp?codigo=253&pag=2>. Acesso em: 18out. 2013.

COSTA, C.C.C. *et al.* Curso técnico de enfermagem do PROFAE-Ceará: a voz dos supervisores. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 705-713, 2008.

ELIASQUEVICI, M.K.; PRADO JUNIOR, A.C. O papel das incertezas no planejamento de sistemas de educação a distância. **Educação e Pesquisa**, v. 34, n. 2, p. 309-325, 2008.

- FARIA, M.G.A. **Telessaúde Brasil** – núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica. 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- FARIA, M.G.A.; DAVID, H.M.S.L. Enfermagem e educação permanente a distância: o exemplo do projeto Telessaúde Brasil, núcleo Rio de Janeiro. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.4, p. 667-73, 2010.
- FARIA, M.G.A.; DAVID, H.M.S.L.; ACIOLI, S. O perfil de enfermeiros fluminenses da ESF segundo um programa de educação permanente a distância. **Revista de Enfermagem UERJ** v.2, n. esp, p. 591-595, 2012.
- FERREIRA, M.A. *et al.* O significado do PROFAE segundo os alunos: contribuição para construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 445-452, 2007.
- GARCIA, R.M.; BAPTISTA, R. Educação a distância para a qualificação dos profissionais do SUS: perspectivas e desafios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, supl. 1, p. 70-8, jun. 2007.
- INSTITUTO UNIVERSAL BRASILEIRO. **Sobre o IUB**. Disponível em: <<http://www.institutouniversal.com.br/historia.asp?IUB>>. Acesso em: 03 out. 2013.
- JORDANOVA, M.M. E-psicologia na Bulgária: sonho ou realidade? *In:* SANTOS, Alaneir de Fátima *et al.* **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p. 416-420.
- KENSI, V.M. **Tecnologias e ensino presencial e a distância**. 7.ed. Campinas: Papyrus, 2009. 157p.
- MELO, M.C.B.; SILVA, E.M.S. Aspectos conceituais de Telessaúde. *In:* SANTOS, A. F. *et al.* **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p.17-31.
- MORA, F.; ABOUTANOS, M. Uso de la tecnología em la creación de un sistema de trauma em Ecuador. **Revista e Salud.com**, Málaga, España, v. 2, n. 8, p.1-6, 2006.
- NASCIMENTO, R.B.; TROMPIERI FILHO, N. Correio Eletrônico comorecurso didático do ensino superior: o caso da Universidade Federal do Ceará. **Ciência da Informação**, v. 31, n. 2, p. 87-97, 2002.
- NISKIER, Arnaldo. Aspectos culturais e a EAD. *In:* LITTO, Frederic; FORMIGA, Marcos. **Educação a distância: o estado da arte**. São Paulo: ABDR, 2009. p. 28-33.
- NORRIS, A.C. Essentials oftelemedicineandtelecare. WestSussex, England: John Wiley & Sons, 2002 *apud* MELO, M.C.B.; SILVA, E.M.S. Aspectos conceituais de Telessaúde. *In:* SANTOS, A.F. *et al.* **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006,p. 17-31.
- NUNES, I.B. A história do EAD no mundo. *In:* LITTO, F.; FORMIGA, M. **Educação a distância: o estado da arte**. São Paulo: ABDR, 2009. p. 2-8.
- OLIVEIRA, M.A.N. Educação a distância como estratégia para educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.

PETERS, Otto. **A educação a distância em transição**. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

PORTAL TELESSAÚDE BRASIL REDES. **História do telessaúde**. [Página de Internet]. Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br>>. Acesso em: 23 jan 2013.

QUELHAS, Maria Cristina Ferreira; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; ROPOLI, Edilene Aparecida. Educação a distância em processos de esterilização de materiais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 697-705, 2008.

RIBEIRO, M.A.S.; LOPES, M.H.B.M. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um curso a distância sobre tratamento de feridas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 77-84, 2006.

RODRIGUES, R.C.V.; PERES, H.H.C. Panorama brasileiro do ensino de enfermagem a distância. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 298-304, 2008.

ROHM, K. *et al.* Telemedicina para as regiões rurais remotas da Colômbia. *In*: SANTOS, A. F. *et al.* **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p. 325-335.

SANCHES, L.M.P.; LOPES, M.H.B.M. Educação a distância sobre cardioversão e desfibrilação para enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 583-538, 2008.

TV BRASIL. **Salto Para o Futuro**. Disponível em: <<http://www.tvbrasil.org.br/saltoparaofuturo/quem-somos.asp>>. Acesso em: 20 out. 2013.

CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanessa Braga de Sousa¹, Laise da Silva Soares², Danielle Rosa Evangelista³, Izaildo Tavares Luna⁴, Ana Zaiz Teixeira Carvalho

RESUMO: Introdução: O aleitamento materno é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Objetivo: descrever o processo de construção do folder para a promoção do aleitamento materno exclusivo. Método: Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo revisão narrativa da literatura, o levantamento de dados foi realizado na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), a análise das informações foi apresentada de forma discursiva, em etapas de construção do material. Resultados: Para construção do material educativo foram percorridas 5 etapas. A primeira etapa consistiu na decisão do conteúdo a ser abordado, a segunda foi a revisão da literatura, a terceira etapa levou a discussão sobre qual a estratégia educativa a ser construída. Após a visão sobre o material compilado na revisão de literatura decidiu-se pela elaboração de um folder. A quarta etapa buscou as imagens para construir uma informação visual. A quinta etapa foi o resultado final da estratégia educativa, ou seja, o folder propriamente dito. Conclusão: a construção do folder promoveu conhecimento científico e pessoal. Pois, reuniu evidências para a promoção do aleitamento materno exclusivo e crescimento profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; Promoção da saúde; Educação em saúde; Enfermagem.

CONSTRUCTION OF EDUCATIONAL MATERIAL FOR THE PROMOTION OF BREASTFEEDING EXCLUSIVE: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Breastfeeding is a process that involves deep interaction between mother and child, with repercussions on the nutritional status of children in their ability to fend off infections, their physiology and their cognitive and emotional development, as well as having implications for physical and mental health of the mother. Objective: describe the process of construction of folder for the promotion of exclusive breastfeeding. Method: it is a qualitative study, descriptive and review of the literature, the survey of data was carrying the virtual library of health (VLH), the information analysis were presented in form discursive and stages of construction material. Results: For construction of educational material were covered 5 steps. The first step consisted in deciding the content to be covered, the second was a review of the literature, the third step which led to discussion of the educational strategy to be built. After the vision of the material collected in the literature review it was decided to prepare a folder. The fourth step the images sought to build a visual information. The fifth stage was the final result of the educational strategy, ie the folder itself. Conclusion: Met evidence to promote breastfeeding, the experience build a folder educational for the promotion of breastfeeding joins to growth professional.

KEYWORDS: Breast feeding; Health promotion; Health education; Nursing.

¹ Enfermeira na Unidade Básica de Saúde Regional IV. Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE), Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: vmars26@hotmail.com

² Enfermeira no Instituto do Câncer do Ceará. Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE), Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: laisessoares@hotmail.com

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Tocantins/UFT, Palmas, Tocantins, Brasil. Email: daniellerosa@mail.uft.edu.br

⁴ Enfermeiro, Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Bolsista Capes. Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: izaildo@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem, Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE). Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: anazaizflores@hotmail.com

Recebido em: 10/01/2013 . Aceito em: 18/03/2013

INTRODUÇÃO

A *American Academy of Pediatric* (AAP), uma organização de 60.000 pediatras comprometidos com a saúde física, mental, social e bem estar de recém-nascidos (RN), crianças, adolescentes e adultos jovens, recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) para os RN e que este continue durante o primeiro ano de vida uma vez que, é a nutrição ideal para os mesmos (AAP, 2012). No Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o AME durante seis meses e deve ser contínuo até os dois anos ou mais, não sendo necessário o início de alimentos complementares antes deste período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O aleitamento materno se constitui um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho. Apresenta repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. (LOWDERMILK, 2002).

Entretanto, apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão abaixo

do recomendado. Nesse contexto o profissional de saúde tem um papel fundamental na reversão desse quadro. (OMS, 2009).

O profissional de saúde, destacando o enfermeiro, deve ter competência técnica para prestar orientações para a promoção do AME. No entanto, a experiência pessoal dos autores, mostra que a conduta dos profissionais não tem atendido esse aspecto do cuidado das mulheres em AME.

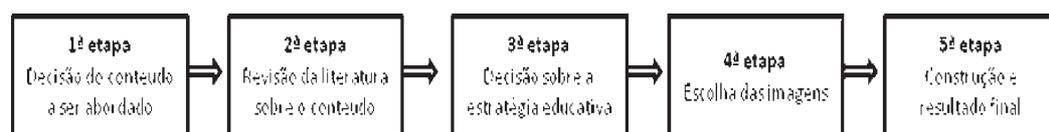
Diante do exposto e entendendo a importância do AME, percebendo a necessidade de elaboração de uma estratégia educativa para promover o AME, objetivou-se relatar a experiência da elaboração de um folder educativo para a promoção do aleitamento materno exclusivo. A relevância da pesquisa está em contribuir com o serviço nas orientações sobre AME e em oferecer uma importante estratégia educativa e atualizada sobre a temática.

RELATO DA EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DO FOLDER

Como o intuito desta pesquisa é relatar o processo de construção de material educativo para promover o aleitamento materno exclusivo por enfermeiros, este seguiu algumas etapas. Estas etapas foram adaptadas do modelo aplicado por Reberte, Hoga e Gomes (2012) em um processo de construção de material educativo para a promoção da saúde em gestantes.

Representada na figura:

Figura 1 - Etapas para construção de um material educativo para a promoção do aleitamento materno exclusivo



A primeira etapa da pesquisa constitui-se pela decisão do conteúdo a ser abordado, nesta pesquisa, aleitamento materno exclusivo. A decisão pela temática surgiu em visitas técnicas e estágios curriculares da disciplina Propedêutica e Processo de Cuidar na Saúde da Mulher, durante a graduação em Enfermagem. Durante estas atividades curriculares percebeu-se que as orientações sobre o aleitamento materno não seguiam uma rotina estabelecida nas unidades visitadas, onde os enfermeiros o faziam baseados na sua experiência e em seu conhecimento prévio sobre o aleitamento materno e como não eram padronizados não se podia garantir que todas as informações relevantes eram repassadas a todas as usuárias. Entendendo os benefícios do aleitamento materno para a criança e para o recém-nascido (RN), decidiu-se pela elaboração de material educativo, com o intuito de oferecer subsídios teóricos para a promoção do aleitamento materno de forma sistematizada.

A segunda etapa constou de uma revisão narrativa da literatura (CORDEIRO *et al.*, 2007). Com o intuito de levantar as informações científicas sobre a promoção do aleitamento materno exclusivo esta foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde. Utilizou-se para a busca os descritores controlados em saúde: Aleitamento Materno Exclusivo associado à Promoção da Saúde, consultados no vocabulário trilingue Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os critérios de inclusão dos estudos foram estar disponíveis eletronicamente de forma gratuita, na íntegra e no idioma português. Ao colocar os descritores controlados de forma associada surgiram 22 artigos, ao aplicar os critérios de inclusão totalizaram 10 artigos. Estas publicações foram lidas criticamente, a fim de construir o material educativo. Essas informações foram apresentadas em tabela de forma discursiva. O resultado final da revisão dos artigos deu origem ao conteúdo do material educativo. Foram coletadas informações relevantes para a promoção do

aleitamento materno exclusivo. Portanto, os dados são apresentados e discutidos com base na literatura apenas.

A terceira etapa levou a discussão sobre qual a estratégia educativa a ser construída. A utilização de materiais educativos impressos da área da saúde é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS). “Manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas” (ECHER, 2005, p.754). Após a visão sobre o material compilado na revisão de literatura decidiu-se pela elaboração de um folder.

A quarta etapa buscou as imagens para construir uma informação visual. As imagens foram retiradas da internet por ser de domínio público e não necessitar de autorização para utilizar as mesmas. A quinta etapa consiste no resultado final da estratégia educativa, ou seja, o folder propriamente dito.

Por lidar com material publicado e de domínio público, este tipo de trabalho dispensa a submissão do projeto a um comitê de ética em pesquisa, porém, foram respeitados os aspectos éticos, citando a fonte dos artigos.

Após leitura crítica e reflexiva das produções selecionadas para estudo foram elaboradas três categorias que emergiram da leitura dos artigos e que fundamentaram a elaboração do folder. Tais categorias são: motivos para amamentar, cuidados com a mama e complicações comuns do aleitamento materno exclusivo.

Os motivos para amamentar foram direcionados para a mãe, para o bebê e para ambos (neste ponto foram apresentados os benefícios diretos para binômio mãe-filho). Até o presente, sabe-se que há uma relação positiva entre amamentar e apresentar menos doenças como o câncer de mama, certos cânceres ovarianos e certas fraturas ósseas, especialmente coxofemorais, por osteoporose.

Ressalta-se que há outros benefícios para a mulher que amamenta entre eles cita-

se o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e o menor sangramento uterino pós-parto (consequentemente, menos anemia), devido à involução uterina mais rápida provocada pela maior liberação de ocitocina (REA, 2004).

“A amamentação é uma das principais práticas que promovem a saúde, estando associada à diminuição de doenças e mortalidade na infância, com reflexos positivos durante toda a vida” (CARDOSO *et al.*, 2008, p.147).

Os cuidados das mamas estavam relacionados com a técnica correta para a amamentação, uso intercalado das mamas e a necessidade de ordenha mamária.

As principais complicações, que a literatura apresenta, foram ingurgitamento mamário e mastite.

A importância das orientações no pré-natal e na maternidade quanto às técnicas da amamentação reside na diminuição da incidência de fissuras; da ordenha correta para evitar o ingurgitamento e da amamentação sob livre demanda e sem restrição de horário e duração (SILVEIRA, 2009).

A ansiedade e preocupação da mãe com o RN pode acarretar atraso no início da expressão mamária e a inibição da ejeção de leite e contribuir para insuficiência láctea. A ordenha mamária deve ser iniciada logo após o parto, se possível, pois a estimulação precoce das mamas, especialmente anterior às 48 horas, parece ser crítica para a manutenção de produção láctea adequada nas semanas subsequentes. A ordenha manual, que é simples e fácil de ser aprendida, logo, deve ser demonstrada às mães no período pós-parto como importante aspecto do autocuidado com a mama puerperal (NASCIMENTO, 2004).

Foram incorporadas ao folder as categorias elaboradas através da revisão de literatura, ou seja, motivos para amamentar, cuidados com as mamas e principais complicações. O folder resume tudo o que foi descrito antes, desde a escolha das imagens até as categorias da revisão

narrativa da literatura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elaborar este material educativo para a promoção do aleitamento materno exclusivo foi bastante edificante. Permitiu-nos ratificar a importância do Aleitamento Materno Exclusivo para a saúde do binômio mãe-filho, entre outros benefícios.

Segundo a revisão da literatura pertinente, a promoção do Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses é prioridade. Porém, é importante também esclarecer sobre as possíveis complicações, cuidados com as mamas para esclarecer possíveis dúvidas. Dessa forma a maternidade se tornará uma experiência ainda mais gratificante para as mulheres.

Espera-se que este estudo possa ser utilizado nos serviços e que os profissionais envolvidos nesta temática, em especial os que prestam assistência diretamente as puérperas, possam realizar orientações seguras e adequadas ao utilizar o folder para promover o Aleitamento Materno Exclusivo.

Vale salientar que se faz necessário a realização de estudos futuros, para avaliação da eficácia desse material nas ações educativas desenvolvidas pela enfermagem, que visem favorecer as puérperas conhecimentos, habilidades e atitudes de forma a minimizar os fatores que impedem a prática do Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses de nascimento da criança.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

“Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.”

REFERÊNCIAS

AAP. **American Academy of Pediatrics**. Disponível em: < <http://www.aap.org/en-us/about-the-aap/Pages/About-the-AAP.aspx>>. Acesso em 24 jan. 2012.

- CARDOSO, L. *et al.* Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n.2, p. 147-153, 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n2/v84n2a10.pdf>>. Acesso em: 2 nov.2012.
- CORDEIRO, A.M. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf> >. Acesso em: 15 nov. 2012.
- ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, v. 13, n.5, p. 754-757, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf> >. Acesso em: 20 nov. 2012.
- LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde da criança: nutrição infantil**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- NASCIMENTO, M.B.R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v.80,n.5, p. 163-172, 2004.
- REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, v.80, n. 5, p. 142-146, 2004.
- REBERTE, L.M.; HOGA, L.A.K.; GOMES, A.L.Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.20, n.1, p.101-108, 2012.
- SILVEIRA, M.M.M. **Aleitamento materno no município de Anápolis: saberes e práticas na estratégia saúde da família**. 2009. 140p. Dissertação (Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente). Centro Universitário Unievangélica, Anápolis, Goiás, 2009.

Revista Cadernos de Ciência e Saúde

APRESENTAÇÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista **Cadernos de Ciência e Saúde** é uma publicação multidisciplinar na área da saúde de periodicidade trimestral.

Publica artigos originais e inéditos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse, inclusive revisão crítica sobre tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento das Ciências da Saúde.

Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

MISSÃO DA REVISTA

Divulgar resultados de pesquisas na área das ciências da saúde que contribuam para a prática profissional e para o avanço do conhecimento científico.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS ARTIGOS

A revista adota o sistema de avaliação por pares (*Double blind peer review*), de forma sigilosa, com omissão dos nomes de revisores e autores. Os pareceres/avaliações emitidos pelos revisores são apreciados pelos editores em relação ao conteúdo e pertinência. Os artigos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Os artigos submetidos, que atendem às “instruções aos autores” e que se enquadrem com a sua política editorial, são encaminhados ao Editor para primeira avaliação que considerará o mérito científico da contribuição. Após a aprovação nesta primeira etapa, os artigos serão encaminhados aos

consultores *Ad hoc* previamente selecionados pelo Editor. Todos os artigos são enviados a dois consultores de reconhecida experiência na temática abordada. Os consultores têm o prazo de, no máximo, 28 dias para entrega dos pareceres, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho Editorial avaliarão o artigo. Em caso de desacordo entre os avaliadores, o artigo será encaminhado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor. Posteriormente serão encaminhados os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados para a correspondência eletrônica do autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações. É garantido o anonimato durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho Editorial.

Os artigos aceitos sob condição serão devolvidos aos autores para modificações/alterações necessárias e normalizações de acordo com o estilo da revista.

Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados na edição posterior.

REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

Os **Cadernos de Ciência e Saúde** apoiam as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE. Ressalta-se a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em

acesso aberto. Nessa perspectiva somente serão aceitos para publicação os artigos referentes a pesquisas clínicas que apresentem o protocolo de identificação em um dos registros de Ensaio Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser inserido no final do resumo do artigo.

FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

CATEGORIAS DE ARTIGOS

1. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (até 20 laudas e 5 ilustrações);

1.2 Artigos de pesquisa- resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 18 páginas e 5 ilustrações);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (até 5 páginas e 3 ilustrações);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionada à temática Ciências da Saúde, publicado nos últimos dois anos (máximo de 3 páginas);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior dos Cadernos de Ciência e Saúde (até 3 páginas e 1 ilustração);

1.6 Relato de Experiência (até 15 páginas e 3 ilustrações);

1.7 Reflexão teórica (até 18 páginas e 3 ilustrações);

1.8 Atualização (até 20 páginas);

2. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam colaborações em português.

3. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum

outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

4. O artigo que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 466 / 2012, do Conselho Nacional de Saúde).

5. Os originais devem ser digitados em *Word* respeitando o número máximo de laudas definido por seção da revista.

6. Da folha de rosto devem constar título em português que deve ser centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5.

Abaixo do título: Nomes dos autores (centralizado; não deve estar em caixa alta; inicia-se pelo primeiro nome, seguido do nome do meio e por último o sobrenome) com as informações, em nota de rodapé, referentes a cada autor na seguinte ordem: Titulação, vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso), Cidade, Estado (abreviação), País e e-mail.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a titulação, a atividade profissional, a cidade, o estado e o país.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a sete. Acima deste número serão listados nos Agradecimentos.

7. **Ainda na folha de rosto** o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o trabalho foi financiado, se é resultado de monografia, dissertação de mestrado ou tese de

doutorado (nesse caso o orientador deverá ser incluído como autor), em notas de rodapé cuja numeração será no título.

8. **Resumos e descritores** – devem ser apresentados, **na folha de rosto**, dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (abstract), incluindo descritores e keywords.

Artigos de pesquisa – para os de pesquisa, o resumo deve conter entre 160 até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, estabelecendo a **introdução**, os **objetivos** do estudo ou investigação, os **métodos** empregados, os principais **resultados** e as principais **conclusões**. Os resumos devem estar com letra tamanho 11, e espaçamento simples. Abaixo do resumo, em português, deve ser fornecido de 3 (três) a 6 (seis) palavras-chave extraídas do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (LILACS - disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet <http://www.decs.bvs.br>).

As palavras-chaves devem iniciar com a primeira letra em maiúscula e devem ser separadas por ponto e vírgula (;). Observar na quebra de linha que alguns descritores usam barra (/) e esta deve estar agregada ao descritor;

Alguns descritores são compostos por dois ou mais termos, separados por vírgula e isso tem que ser respeitado.

Após o resumo em português vem o título do trabalho em inglês (centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5) seguido do abstract (*Times New Roman*, tamanho 11, e espaçamento simples). As *keywords* devem seguir o *Medical Subject Headings* (Mesh – disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) quando acompanharem os resumos em inglês.

As expressões “**PALAVRAS-CHAVE:**” e “**KEYWORDS:**” devem estar em maiúsculo e em negrito.

Demais categorias – para as demais categorias, o formato do resumo deve ser

narrativo, entre 200 até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, destacando o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. (Somente não necessitam de resumo, as Cartas e as Resenhas).

9. O texto deve ser redigido em Times New Roman, tamanho 12 com espaço entre linhas 1,5, digitado com paragrafação de 2cm, formato A4, (21cm x 29,7cm). As folhas devem apresentar margem esquerda e superior de 3 (três) centímetros e direita e inferior de 2 (dois) centímetros.

10. Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais (com a seção: **RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS**, em caixa alta e negrito) de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: “Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.”

Modelo 2: “Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Autor Z responsabilizou-se por..., etc.”

11. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Todas as ilustrações devem estar dentro do texto com respectivas legendas e numeração em algarismos arábicos.

12. As citações diretas curtas (de até três linhas) são inseridas no texto entre aspas. As citações diretas longas (mais de três linhas) devem constituir um parágrafo independente, recuado (4cm da margem esquerda) em fonte tamanho 11 (onze) e espaçamento 1 (um) entre linhas, dispensando aspas. Ressalta-se que deve-se evitar citações diretas no artigo.

13. As citações obedecem à recomendação das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em especial a NBR 10.520 ou a que a substituir.

No corpo do texto as citações com mais de três autores devem ser elaboradas utilizando-se o primeiro autor seguido da expressão “*et al.*” que deve estar em itálico. Exemplo: (SANTOS *et al.*, 2011) ou Santos *et al.* (2011).

Quando o artigo for de pesquisa qualitativa e conter falas dos sujeitos de pesquisa deve-se obedecer à seguinte norma: as falas devem estar dispostas no texto **sem recuo** de 4cm da margem e em itálico. Não deve-se usar aspas.

14. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações diretas.

Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, alinhadas à esquerda, conforme exemplos abaixo. Os autores são

responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Os nomes dos autores devem estar em formato abreviado em todas as referências. As referências de artigos de periódicos devem conter o nome do periódico escrito por extenso. Abreviaturas não devem ser utilizadas nos nomes dos periódicos. A cidade do periódico deve ser omitida na elaboração da referência. Deve-se incluir sem cortes a página inicial e a final do artigo.

Para destaque de nomes dos periódicos, títulos de livros e outros destaques necessários nas referências deve se usar a fonte em **negrito**.

Os autores devem utilizar preferencialmente referências atuais dos

últimos 5 anos. As referências antigas podem ser utilizadas se forem imprescindíveis para a escrita do trabalho e deve se limitar a menos que 30% do total de referências do artigo.

15. **Agradecimentos** – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

16. **Declaração de Conflito de interesses, Transferência de direitos autorais,**

Responsabilidade - Os autores devem informar, em declaração, qualquer potencial conflito de interesse, a transferência de direitos autorais e a responsabilidade dos autores em uma única declaração (seguir modelo abaixo).

DECLARAÇÃO

Declaro/Declaramos, para os devidos fins que não qualquer potencial de conflito de interesses.

Certifico/Certificamos que participei/participamos suficientemente do trabalho “TÍTULO DO ARTIGO” para tornar pública a minha/nossa responsabilidade pelo conteúdo.

Certifico/Certificamos que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha/nossa autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Declaramos que em caso de aceitação do artigo, concordo/concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista Cadernos de Ciência e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em

qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista **Cadernos de Ciência e Saúde**.

Cidade, e data.

Nome e assinatura de cada um dos autores.

17. **Submissões** - As submissões devem ser realizadas via e-mail como arquivo anexo para o seguinte endereço: cienciaesaude@fasa.edu.br

PADRÕES PARA REFERÊNCIAS:

Artigos de periódicos:

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. **Physis**, v.9, n.1, p.83-112, 1999.

SILVA, A. A. M. *et al.* Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

Artigos de periódicos em meio eletrônico:

XAVIER-GOMES, L. M.; ANDRADE-BARBOSA, T. L.; CALDEIRA, A. P. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.4, p.779-786, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 dez. 2012.

PEREIRA, B.F.B. *et al.* Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1745-1752, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001400025&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jan. 2013.

XAVIER-GOMES, L.M. *et al.* Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v.12, p.89-95, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-89.pdf>>. Acesso em: 20 Jan. 2013.

Livros:

SHULTZ, J. **Ciência e saúde**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. 308p.

Capítulos de livros:

PEREIRA, N. T. A mortalidade perinatal no Brasil. In: GUSMÃO, B. (Org.). **Epidemiologia e a saúde coletiva no Brasil: dos anos 80 aos dias atuais**. Rio de Janeiro: Scipione, 2001. p. 140-173.

Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.

GOMES, L. P. Epidemiologia dos acidentes ofídicos no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 80-89.

Dissertações e teses:

GOMES, L. M. X. **Avaliação da qualidade da assistência prestada à criança com doença falciforme na Atenção Primária no Norte de Minas Gerais**. 2010. 114 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Montes Claros, 2010.

CAMARGO JUNIOR, K. R. A **construção da Aids**. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993.

229 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

Jornais:

SÁ, F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 15. abr. 1999. Primeiro caderno, Cidade, p.25.

Referência legislativa:

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt.1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da

administração direta e das autarquias do Estado e dá providências correlatas. **Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

Documentos eletrônicos:

REVENGE, S. J. **The internet dictionary**. Avon: Future, 1996. 98p.

Referência obtida via base de dados Biblio: CELEPAR, 1996. Disponível em: <<http://www.celepar.br/celepar/celepar/biblio.biblio.html>>. Acesso em: 20 jan. 2000.

ALEIJADINHO. *In*: ALMANAQUE abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1996. 1 CD-ROM.

MOURA, G. A. C. **Citações e referências a documentos eletrônicos**. Disponível em: <<http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet>>. Acesso em: 9 de dez. 1996.

COSTA, M. **Publicação eletrônica** [mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <cbc@uerj.br> em 10 ago. 2001.