

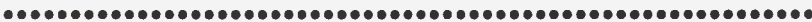
Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Veruscka Pedrosa Barreto
(Organizadoras)



A diversidade no cuidado humano e a pesquisa em ciências da saúde



**A DIVERSIDADE
NO CUIDADO HUMANO
E A PESQUISA EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE**



.....

A DIVERSIDADE NO CUIDADO HUMANO E A PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

.....

ORGANIZADORAS

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Enfermeira. Doutora em enfermagem, pela Universidade Federal do Ceará. Professora associado da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras – PB, Brasil.

Veruscka Pedrosa Barreto

Nutricionista. Mestre em genética pela Universidade Federal da Paraíba. Professora Assistente I da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras – PB, Brasil.



© RESERVADOS AOS AUTORES/ORGANIZADORES

TODOS OS DIREITOS DESTA EDIÇÃO RESERVADOS À EDUFCG

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCG

D618 A Diversidade no Cuidado Humano e a Pesquisa em Ciências da Saúde / Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, Veruscka Pedrosa Barreto (Organizadoras). – Campina Grande: EDUFCG, 2013.
222 p.

ISBN: 978-85-8001-097-8

1. Ciências da Saúde. 2. Cuidado Humano. 3. Diversidade.
I. Farias, Maria do Carmo Andrade Duarte de. II. Barreto, Veruscka Pedrosa. II. Título.

CDU 61

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – EDUFCG

editora@ufcg.edu.br

Prof. Dr. José Edilson Amorim
Reitor

Prof. Vicemário Simões
Vice-Reitor

Prof. Dr. José Helder Pinheiro Alves
Diretor Administrativo da Editora da UFCG

Délio Jackson Dantas Duarte
Editoração Eletrônica/Capa

CONSELHO EDITORIAL

Antônia Arisdélia Fonseca Matias
Aguiar Feitosa (CFP)
Benedito Antônio Luciano (CEEL)
Consuelo Padilha Vilar (CCBS)
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro da Costa Rego (CTRN)
Leonardo Cavalcanti de Araújo (CES)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Rogério Humberto Zeferino(CH)
Valéria Andrade (CDSS)

CONSULTORIA/ REVISÃO DE TEXTO

Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Maria do Carmo Andrade D. de Farias
Maria Mônica Paulino do Nascimento
Marilena Maria de Souza
Rayrla Cristina de Abreu Temoteo
Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Veruscka Pedrosa Barreto

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	IX
APRESENTAÇÃO.....	XI
CAPÍTULO 1	
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: DA POLÍTICA AO PLANO DE AÇÃO.....	01
Karla Maria Duarte Silva de Oliveira	
Germana Figueiredo de Lima	
Wilma Dias de Fontes	
Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias	
CAPÍTULO 2	
IMPLICAÇÕES VINCULADAS AO CUIDADO DA POPULAÇÃO MASCULINA	17
Veruscka Pedrosa Barreto	
Wilma Dias de Fontes	
Karla Maria Duarte Silva de Oliveira	
Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias	
CAPÍTULO 3	
PRÁTICAS ADOTADAS PELO HOMEM NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO ALTO SERTÃO PARAIBANO	31
Eveline Mayone Sarmiento de Meneses	
Rosimery Cruz de Oliveira Dantas	
CAPÍTULO 4	
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HANSENÍASE: DIFICULDADES E DESAFIOS DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	47
Amanda Oliveira da Silveira Marques Dantas	
Arieli Rodrigues Nóbrega Videres	
Fernanda Avelino Félix	
Tamilles Cristina Lopes da Silva	
Thaiany Batista Sarmiento de Oliveira	

CAPÍTULO 5

**CONHECIMENTO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES
FALTOSOS SOBRE A HANSENÍASE 69**

Rayrla Cristina de Abreu Temóteo
Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Marilena Maria de Souza

CAPÍTULO 6

**PERCEPÇÃO DE MÃES DE RECÊM-NASCIDOS
PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM 87**

Laurita da Silva Cartaxo
Glenda Agra
Jamili Anbar Torquato

CAPÍTULO 7

**FATORES QUE INFLUENCIAM A REALIZAÇÃO DA
CESÁREA 105**

Cícera Mykellandy Gonçalves Monteiro
Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Eliane de Sousa Leite
Luiz Carlos de Abreu

CAPÍTULO 8

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MULHERES NO
CLIMATÉRIO..... 127**

Renan Alves Silva
Marina Mendes Luiz
Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Luiz Carlos de Abreu

CAPÍTULO 9

**PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO NA VISÃO DE
CUIDADORES DE IDOSOS 141**

Francisca Adelânia Gonçalves Araruna
Maria Mônica Paulino do Nascimento
Rubens Felix de Lima
Ankilma do Nascimento Andrade

CAPÍTULO 10

**PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM UMA POPULAÇÃO DE
IDOSOS ASILADOS NO ALTO SERTÃO PARAIBANO 159**

Kilvia Kiev Marcolino Mangueira

Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Maria Isabel Leandro da Silva

Vanessa Estrela Rolim

Geofabio Sucupira Casimiro

Luiz Carlos de Abreu

CAPÍTULO 11

**TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DO DÉFICIT DE
AUTOCUIDADO..... 177**

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Telma Ribeiro Garcia

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Betânia Maria Pereira dos Santos

Marilena Maria de Souza

SOBRE OS AUTORES.....201

PREFÁCIO

Sinto-me bastante honrada em fazer este prefácio, atendendo a um gentil convite que me foi feito pela organizadora, Profa. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, amiga dos tempos da academia.

Creio ter sido uma decisão bastante louvável da organizadora, em se propor a publicar a coletânea intitulada **A diversidade no cuidado humano e a pesquisa em ciências da saúde**, na qual se revela, como muita criticidade, o seu compromisso com a academia, seus pares, os discentes e, sobretudo, com os usuários do Sistema Único de Saúde.

A presente publicação está dividida em 11 capítulos, abordando diversos temas sobre o cuidado humano, que abrangem três grandes áreas: saúde do adulto, saúde da mulher e saúde do idoso, referentes às linhas de pesquisa do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Assistência para a Saúde Humana (GEPASH), cadastrado no Diretório de Grupos da Plataforma Lattes do CNPq, o qual foi idealizado em 2007 e é liderado pela referida professora, desde então.

Seus textos, embasados na realidade contemporânea, estão escritos com muita clareza e crítica e, sem dúvida, proporcionarão aos leitores ampliar seus modos de pensar e agir frente ao cuidado humano. Convém enfatizar o capítulo 11, abordando uma das teorias de enfermagem: “A Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado”, de Dorothea E. Orem, a qual tem sido usada pelas enfermeiras, como fundamento teórico, na sistematização da assistência de enfermagem, para direcionar a prática, a pesquisa e a educação da enfermagem, frente ao cuidado de inúmeros pacientes, em toda e qualquer fase da vida, com adoecimento ou não.

Finalmente, anseio que este livro possa atingir seus objetivos e, alcançando pleno sucesso, contribua para uma construção de conhecimentos capazes de produzir a efetiva melhoria na qualidade do cuidar-cuidado.

Parabéns, à minha estimada amiga Dra. Maria do Carmo A. D. de Farias, bem como aos seus pares, que com muita presteza souberam aglutinar, nesta coletânea, os resultados que expressam a visão crítica e a capacidade fundamentais aos autores.

Profa. Dra. Wilma Dias de Fontes Pereira

João Pessoa, agosto de 2012.

APRESENTAÇÃO

Ser humano, cuidado e saúde são conceitos inter-relacionados e circundados de complexidade. Por isso, é preciso visualizar/compreender as diversas facetas e ângulos que os envolvem, para entendê-los e descrevê-los, compreendendo que sempre há algo a se revelar acerca desses conceitos ou da relação entre eles, posto que não apresentam finitude.

Em tal relação, o cuidado é a essência do ser humano, o qual precisa se cuidar ou ser cuidado para ter saúde, para se sentir bem, na presença ou ausência de enfermidade.

Esta coletânea revela essa complexidade e diversidade acerca do cuidado humano, e é fruto de produções intelectuais orientadas pela leitura, reflexão e pesquisas, que resultaram em trabalhos científicos das ciências da saúde, nas áreas da saúde da mulher, saúde do adulto e saúde do idoso, permitindo vislumbrar a amplitude de possibilidades de atuação dos profissionais da saúde, bem como a sua autonomia profissional, sensibilidade e responsabilidade para com o cuidado humano.

A coletividade deste livro é uma maneira de divulgar as produções científicas de professores do Centro de Formação de Professores – CFP/UFCG, integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Assistência à Saúde Humana, que têm enfoque nas ciências da saúde; de documentar suas experiências em diversificados contextos de ensino-aprendizagem-cuidado.

Os trabalhos que envolveram seres humanos foram apresentados com o parecer do Comitê de Ética. Todos os autores concederam declaração de autoria e ou coautoria de cada capítulo. Aos consultores coube a tarefa de análise técnica prévia. As ideias apresentadas nos capítulos que compõem esta coletânea são de coletiva autoria, sendo nossa a responsabilidade de organizar o material exposto.

Acerca das especificidades do livro, os autores mesmos destacam:

O Capítulo 1: *Atenção integral à saúde do homem: da política ao plano de ação*, de Karla Maria Duarte Silva de Oliveira, Germana Figueiredo de Lima, Wilma Dias de Fontes e Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, apresenta os pilares de construção da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem, divulgada em 2009, pelo Ministério da Saúde, bem como seu plano de ação, no qual a compreensão de fenômenos de saúde, vinculados a esse grupo populacional, articula-se aos inúmeros fatores que envolvem os determinantes de saúde-doença, os dados de morbimortalidade, questões envolvendo gênero e a ausência e/ou invisibilidade frente às suas demandas de saúde. Tais condicionantes têm perpassado historicamente por diferentes aspectos, entre os quais se destacam os socioculturais, ligados ao gênero e os vinculados aos serviços de saúde.

O Capítulo 2: *Implicações vinculadas ao cuidado da população masculina*, de Veruscka Pedrosa Barreto, Wilma Dias de Fontes, Karla Maria Duarte Silva de Oliveira e Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias. É um breve ensaio em que são expostos alguns fatores impeditivos e ou que dificultam as ações do homem em prol da sua saúde, bem como o acesso deste aos serviços de saúde. São feitas menções à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; à necessidade de o homem refletir sobre as bases de sua própria identidade e de se reconhecer como sujeito do cuidado de si; e que as práticas de saúde, destinadas a essa população, sejam fundamentadas na acessibilidade e integralidade, tendo por princípio básico as suas necessidades e problemas de saúde.

O Capítulo 3: *Práticas adotadas pelo homem na prevenção da hipertensão arterial no alto sertão paraibano*, de Eveline Mayone Sarmiento de Meneses e Rosimery Cruz de Oliveira Dantas. Trata de um estudo transversal, de campo, com abordagem quantitativa desenvolvido no município de Aparecida-PB, cujo objetivo geral foi investigar as práticas adotadas por 78 homens como medidas preventivas da instalação da Hipertensão Arterial Sistêmica. Revelando que o comportamento dos homens diante do processo saúde/doença está ligado às práticas curativas, influenciados pela falsa sensação de invulnerabilidade, construída a partir do padrão de masculinidade.

O Capítulo 4: *Diagnóstico e tratamento da hanseníase: dificuldades e desafios dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família*, de Amanda Oliveira da Silveira Marques Dantas, Arieli Rodrigues Nóbrega Videres, Fernanda Avelino Félix, Tammiles Cristina Lopes da Silva e Thaiany Batista Sarmiento de Oliveira, teve o objetivo de descrever as dificuldades de 26 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Sousa (PB), para diagnosticar e tratar os portadores de hanseníase; revelando a necessidade de treinamentos permanentes aos enfermeiros, permitindo-os adquirir conhecimento técnico atualizado e habilidades práticas suficientes para diagnosticar e tratar os casos de hanseníase.

O Capítulo 5: *Conhecimento de contatos intradomiciliares faltosos sobre a hanseníase*, de Rayrla Cristina de Abreu Temóteo, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias e Marilena Maria de Souza, trata-se de uma pesquisa quantitativa, que se propôs a verificar o conhecimento de 31 contatos intradomiciliares faltosos, do município de Cajazeiras – PB, sobre a hanseníase. Revela a necessidade de ampliar informações, prestar esclarecimentos e partilhar saberes e vivências com esses contatos, abordando os níveis de entendimento sobre a doença, os benefícios e responsabilidades. E assim, estimular e facilitar a procura dos mesmos pelo serviço de saúde.

O Capítulo 6: *Percepção de mães de recém-nascidos prematuros em uma unidade de terapia intensiva neonatal: implicações para a enfermagem*, de Laurita da Silva Cartaxo, Glenda Agra e Jamili Ambar Torquato, que objetivou investigar a percepção de mães de recém-nascidos prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Estudo descritivo, transversal e qualitativo, do qual participaram 20 mães que vivenciaram a internação de seus recém-nascidos prematuros. Os resultados mostraram que a experiência de ser mãe de um bebê prematuro é muito difícil, deixando a mãe com estado emocional fragilizado, caracterizado por medo da perda iminente do filho, sendo necessário um novo olhar, contemplando, especificamente, os fatores emocionais e socioeconômicos dessas mães diante da prematuridade.

O Capítulo 7: *Fatores que influenciam a realização da cesárea*, de Cicera Mykellandy Gonçalves Monteiro, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, Eliane de Sousa Leite e Luiz Carlos de Abreu, trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa, investigando 30 mulheres que realizaram cesárea na maternidade do município de Cajazeiras – PB, em 2011; teve o objetivo geral de analisar os fatores que influenciam na realização de cesárea na maternidade do município de Cajazeiras – PB. Os resultados evidenciaram que, apesar do perfil da população atendida na maternidade revelar indicação para a cesárea, há a necessidade de repensar a prática obstétrica, a qual tem interferido na qualidade e humanização da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

O Capítulo 8: *Promoção da saúde em mulheres no climatério*, de Renan Alves Silva, Marina Mendes Luiz, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias e Luiz Carlos de Abreu, refere-se a um breve ensaio que permite evidenciar quais fatores são considerados impactantes na diminuição da qualidade de vida da mulher no climatério; reflete sobre as condições de saúde deficiente desta população; e sugere como devem ser as ações de saúde direcionadas a esta clientela.

O Capítulo 9: *Prevenção da úlcera por pressão na visão de cuidadores de idosos*, de Francisca Adelânia Gonçalves Araruna, Maria Mônica Paulino do Nascimento, Rubens Felix de Lima e Ankilma do Nascimento Andrade, teve como objetivos identificar o perfil do cuidador de idosos, conhecer a visão dos cuidadores sobre a prevenção das úlceras por pressão e verificar o envolvimento do enfermeiro no ensino do cuidado. É um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 20 cuidadores de idosos cadeirantes ou acamados. Revela que os cuidadores eram predominantemente informais, do sexo feminino, com mais de 50 anos e possuíam prática e conhecimento acerca da temática, adquiridos em experiências vivenciadas com o idoso e por orientações fornecidas, principalmente, pelo enfermeiro; e que é necessário um maior acompanhamento por parte destes profissionais a esses cuidadores.

O Capítulo 10: *Prevalência de quedas em uma população de idosos asilados no alto sertão paraibano*, de Kilvia Kiev Marcolino Mangueira, Kennia Sibelly Marques de Abrantes, Maria Isabel Leandro da Silva, Vanessa Estrela Rolim, Geofabio Sucupira Casimiro e Luiz Carlos de Abreu, é um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, cujo objetivo geral foi descrever a prevalência de quedas em uma população de idosos asilados no alto sertão paraibano. A amostra foi de 41 idosos residentes em quatro Instituições de Longa Permanência (ILPIs), nas cidades de Cajazeiras e Sousa-PB. Identificou-se que a prevalência de quedas foi de 43,9% e que se faz necessária a aplicação de medidas preventivas e educativas por parte dos cuidadores das instituições asilares, no sentido de proporcionar e garantir a qualidade de vida aos idosos.

O Capítulo 11: *Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado*, de Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, Telma Ribeiro Garcia, Maria Miriam Lima da Nóbrega, Betânia Maria Pereira dos Santos e Marilena Maria de Souza, é um estudo bibliográfico, com o objetivo de destacar o desenvolvimento da referida teoria, as origens paradigmáticas, os conceitos e os construtos. Faz-se referência ao uso dessa teoria pelas enfermeiras, a fim de direcionar a prática, a pesquisa e a educação da enfermagem, para pessoas de diferentes idades, não importando o sexo, nos diversos estágios de desenvolvimento (adultos, idosos, gestantes, dentre outros) e estados que requeiram atenção à saúde.

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Veruscka Pedrosa Barreto

CAPÍTULO 1

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: DA POLÍTICA AO PLANO DE AÇÃO

Karla Maria Duarte Silva de Oliveira

Germana Figueiredo de Lima

Wilma Dias de Fontes

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Historicamente, observa-se uma disparidade na formulação de políticas públicas de saúde voltadas às “populações específicas”. Tradicionalmente, o sistema de saúde tem dado prioridade para a atenção à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso, considerando-os como estratos mais frágeis da sociedade. Essa construção resultou em déficits, quando se considera o processo saúde-doença do homem, o qual tem sido focalizado de modo pontual, subvalorizando a magnitude do quadro de morbi-mortalidade apresentado pela população masculina.

A esse respeito, Carrara; Russo; Faro (2009) enfatizam que embora não se tenha veiculado um discurso que objetivasse explicitamente os homens ou a masculinidade, como foco de preocupação, as campanhas contra o alcoolismo e as chamadas doenças venéreas não deixavam de tentar higienizar alguns espaços de sociabilidade, eminentemente masculinos, e de transformar certas convenções relativas à masculinidade, como o exercício da sexualidade.

Desse modo, o *déficit* na assistência direcionada para a população masculina tornou-se um problema de saúde pública, no Brasil e no mundo, exigindo um olhar apontado para esta clientela, que valorize os determinantes de morbi-mortalidade do processo saúde-doença, com o intuito de instrumentalizar os profissionais da saúde quanto aos serviços, bem como sensibilizar os homens para o cuidado de sua saúde.

Nesse sentido, a Área Técnica de Saúde do Homem foi criada, no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, cujos trabalhos resultaram, em 2009, na divulgação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), com o propósito de suprir as necessidades de saúde da população masculina, ao lado de outros sujeitos sociais, na

busca da identificação e atendimento de suas demandas de saúde (BRASIL, 2009a). Com isso, segundo Gomes; Nascimento; Araújo (2007, p.12), o Brasil se tornou “o segundo país da América que tem um setor para a saúde do homem”.

Esta política tem seus fundamentos no quadro inglório que traduz o perfil de morbi-mortalidade masculina. Quanto à análise dos dados de morbidade, a PNAISH revela um aumento nos valores representativos das internações por causas externas, tumores, morbidades associadas aos sistemas respiratório, circulatório, digestório e urinário.

Os achados referentes às causas externas revelam que são os acidentes de transporte que se destacam, em termos de magnitude, pois representam uma das maiores causas de internação e óbitos, além de gerarem altos custos sociais, como os cuidados em saúde, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para as vítimas e seus familiares. Sua ocorrência está relacionada, na maioria das vezes, às atitudes e posturas que potencializam ou aumentam os riscos e às situações a eles vinculadas.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio em 2009, foram realizadas 11.739.258 internações nos hospitais do SUS, sendo 835.601 (7,1%) por causas externas. Destas, 120.628 internações (14,4%) foram devido a acidentes de trânsito. Dos pacientes hospitalizados, 93.483 (77,5%) eram homens, com a faixa etária de 15 a 59 anos, que concentrou 82%. Mais da metade das internações (53,5%) ocorreu na região Sudeste (BRASIL, 2009a).

Quanto às causas de morbidade por tumores, os dados revelam que, entre os tumores do sistema digestório, as neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe foram as que apresentaram o maior número de internações (8.744), seguida pelo câncer de estômago (5.316), pelo câncer de cólon (5.085) e pela neoplasia maligna de esôfago (4.715). Em relação ao sistema respiratório, as neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões foram responsáveis por 3.836 internações, seguidas pelo câncer de laringe, com 3.237 casos. Dentre as internações por tumores do sistema urinário, destaca-se a neoplasia maligna da próstata, com 2.377 casos, enquanto que outros tumores malignos, do aparelho genital masculino, foram

responsáveis por 2.183 internações, seguidas de 1.510 casos de neoplasia maligna da bexiga (BRASIL, 2009a).

As principais causas de internações por enfermidades do sistema respiratório foram Tuberculose (5%), Asma (11%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC (12%) e Pneumonia, apresentando maior percentual, (43%); 29% referiram-se a outras causas. Tais dados totalizaram cerca de 165.369 internações hospitalares, pelo SUS (BRASIL, 2009a).

No tocante as doenças do sistema circulatório, constatou-se que, a maior frequência das internações deveu-se aos acidentes coronarianos (50,3%), seguidos pela hipertensão arterial (18,9 %), e as miocardiopatias (1,4%) (BRASIL, 2009a).

De acordo com os dados da referida política, as principais doenças do sistema digestório, responsáveis pelo maior número de internações, foram: as ácido-pépticas (36.690), as do fígado (28.053) e a colelitíase e a colecistite (25.980) (BRASIL, 2009a).

Entre os fatores de morbidade não se pode deixar de mencionar as disfunções sexuais, notadamente a disfunção erétil, que acomete cerca da metade dos homens depois dos cinquenta anos. Pesquisas da Organização Mundial da Saúde identificam a saúde sexual como fator que mais interfere na qualidade de vida dos homens. Há de se mencionar, também, que a disfunção erétil é um importante marcador para certas doenças, como a coronariopatia e as diabetes.

Ao se analisar as causas de mortalidade na população masculina dos 15-59 anos, ancorado na PNAISH (BRASIL, 2009a), observa-se que, em 78% dos casos, os óbitos incidem em cinco grupos principais de entidades mórbidas. As causas de mortalidade na população masculina dos 25-59 anos, em 75% dos casos, deveram-se às causas externas (30%); em segundo lugar, as doenças do sistema circulatório (20%); em terceiro, os tumores (12%); em quarto, as doenças do sistema digestório (8%) e, por fim, as do sistema respiratório (5%).

No tocante aos óbitos por causas externas, não há dúvidas de que tal estatística constitua um problema de saúde pública com impacto na mortalidade e morbidade da população, sendo as causas principais: acidentes (24.465 casos), lesões auto-provocadas (5.609 casos) e agressões (40.848 casos) (BRASIL, 2009a). Estas mortes,

consideradas prematuras, trazem consequências psicofísicas e sócio-econômicas, uma vez que são vidas jovens perdidas, em fase produtiva.

A maior incidência de mortalidade masculina por doenças do sistema circulatório ocorreu, como esperado, após os 60 anos (72,2%). No mesmo ano, ocorreram óbitos por causas cardiovasculares, na população dos 25-59 anos, em torno de 26,8% – um percentual expressivo (BRASIL, 2009a). Anualmente, são perdidas muitas vidas que representam uma parcela significativa da força produtiva do país, que poderiam ser evitadas se houvesse uma efetiva política de prevenção primária.

Quanto à incidência dos tumores na população masculina, estes se encontram mais associados aos sistemas digestório, respiratório e urinário. Das 10 neoplasias malignas que frequentemente causaram a morte destacam-se, logo após o câncer de pulmão, traqueia e brônquios, o câncer de próstata (BRASIL, 2009a).

Dentre as doenças do sistema digestório, destacam-se as do fígado, responsáveis por 70% das causas de morte de homens de 25-59 anos. Destas, 46% deveram-se a doença alcoólica, 36% a fibrose e cirrose, e 18% a outras doenças do fígado (BRASIL, 2009a).

No que concerne ao sistema respiratório, excluindo os casos de óbitos por neoplasias malignas e por tuberculose, 53.017 óbitos na população masculina ocorreram por complicações respiratórias (BRASIL, 2009a).

Tais resultados reafirmam o quadro de mortalidade apresentado no cenário nacional e configura a necessidade urgente de programação de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, voltadas à clientela masculina, a fim de reduzir os índices de morbidades, bem como de diminuir os gastos com a saúde, principalmente pelo fato de que o homem adentra o sistema de saúde quando a doença encontra-se instalada e, muitas vezes, em estágios avançados de comprometimento.

Acrescido a este perfil de morbi-mortalidade, a PNAISH destaca dois aspectos relevantes – a vulnerabilidade masculina às doenças e a ausência dos homens nos serviços de atenção básica a saúde.

Em relação à primeira problemática, vários estudos comparativos entre homens e mulheres constatam que os homens, em

geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, o que tem como consequência, um elevado índice de mortalidade (FIGUEIREDO, 2005). Essas taxas assumem significância nos perfis de morbi-mortalidade, pois, observa-se que a presença dos homens, nos serviços de atenção primária à saúde, é menor do que a das mulheres (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005; PEREIRA, 2007).

Acerca da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbidade verifica-se a existência de barreiras socioculturais e institucionais como fator de resistência masculina na busca pela atenção à sua saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem enfatiza as chamadas “variáveis culturais”, como sendo: estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, os quais resultam em práticas baseadas em crenças e valores acerca do que é ser masculino. Em vista disso, a doença é considerada um sinal de fragilidade, que os homens não reconhecem como passível e, também, inerente à sua condição biológica. Assim, o homem se julga invulnerável, o que contribui para que ele se exponha mais às situações de risco e cuide menos de si (SCHRAIBER et al., 2010). Para não por em risco a sua crença de invulnerabilidade, pressupõe-se que ele procura menos os serviços de atenção à saúde, por receio de que seja descoberto que algo vai mal com a sua saúde.

Os aspectos acima descritos refletem uma construção social vinculada ao gênero. Neste sentido, Taquete; Vilhena (2008) esclarecem que as desigualdades econômicas, políticas e sociais existentes entre homens e mulheres não são simplesmente produto de suas diferenças biológicas, mas, sobretudo, resultantes das relações sociais, no desenvolvimento de cada sociedade; e que estudos comprovam que homens e mulheres mudam de papéis, de cultura para cultura e, ainda, no interior de cada uma delas, dependendo do período e das condições históricas em que estão vivendo. Portanto, as relações entre as pessoas em uma sociedade são orientadas por modelos, idéias e valores do que é masculino e feminino.

No tocante ao *déficit* na busca aos serviços de atenção à saúde pelo homem, grande parte da não adesão dos mesmos às medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, decorre também das

variáveis institucionais, particularmente associadas à atenção básica a saúde.

A atenção primária em saúde, no Brasil, é vista como a assistência provida por uma rede horizontal de serviços de saúde pública – os centros de saúde ou unidades básicas – voltados, historicamente, para os cuidados maternos e infantis. Tais unidades foram criadas no modelo da educação sanitária que sucedeu as campanhas na saúde pública brasileira e se relacionam às origens de uma medicina preventiva, no interior da assistência à saúde, com as ações de higiene da mãe, no pré-natal, e da criança, na puericultura. Com isso, embora, em tese, destinada a toda a população, a atenção primária se identificou, num momento e num espaço assistencial feminilizado, com predomínio de uma cultura profissional também ligada a esses segmentos populacionais.

Neste sentido, dentre os fatores institucionais de maior incidência que dificultam o acesso e adesão dos homens aos serviços da atenção primária incluem: a prestação da assistência à saúde nesses serviços é, muitas vezes, direcionada para programas específicos, conforme outrora referido. Assim, os homens não se reconhecem como pertencentes a este ambiente; o déficit na capacitação profissional para a assistência ao homem; a incompatibilidade no horário de atendimento nas unidades. Desse modo, verifica-se que a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde, sem valorizar os aspectos da subjetividade masculina, sem adequar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e sem instrumentalizar os profissionais da saúde, não resulta na adesão do homem ao sistema de saúde vigente.

Segundo Schraiber et al. (2010), mesmo com a garantia do direito de acesso à atenção primária, a população masculina não adere ou possui resistência aos poucos programas existentes. Sutter; Bucher-Maluschke (2008) associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. Os homens não procuram as UBS porque não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina (SCHRAIBER et al., 2010).

A compreensão da construção de gênero, das barreiras socioculturais e institucionais, torna-se fundamental para as

proposições estratégicas que venham a promover e a favorecer o acesso e a adesão dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, como eixos necessários e fundamentais de intervenção, numa perspectiva do empoderamento dessa população.

Nesta perspectiva, o MS, por meio da PNAISH, visa qualificar a atenção à saúde da população masculina, com linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, para que o homem acesse o sistema de saúde, por meio da atenção primária. Para tanto, são necessários mecanismos de fortalecimento e qualificação, para que a assistência à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2009a).

Desse modo, tal política tem como objetivo:

Promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbi-mortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2009a, p. 3).

A referida política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais. Para cumprir esses princípios devem-se considerar as seguintes diretrizes:

- I - Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
- II - Associar as diversas áreas do setor sanitário, demais áreas do governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à

qualidade de vida da população masculina em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida;

III - Informações e orientação à população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;

IV - Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;

V - Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;

VI - Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

VII - Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;

VIII - Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias (BRASIL, 2009a, p. 28-29).

Neste documento, o foco da área de atenção à saúde masculina é o grupo de 20 a 59 anos, o que permite uma ampla área de contato especialmente com as faixas etárias limítrofes entre adolescentes e idosos. Os temas mais recorrentes sobre a saúde do homem, abordados nesta política, estão estruturados em torno de três eixos: violência, tendência à exposição a riscos, com consequência nos indicadores de morbi-mortalidade, e na saúde sexual e reprodutiva.

Esta política está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde – e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados de saúde, ofertados em UBS (VIEIRA et al., 2008).

Faria Filho; Zica (2010) afirmam que, para a rede de UBS ampliar seu foco de atenção, também para a população masculina, o reconhecimento das necessidades – percebidas, principalmente na procura de cuidados pelos usuários – é um aspecto importante para a organização das ações de saúde.

Incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao

fato de, em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, são questões pouco colocadas na socialização dos homens. Por outro lado, alguns deles, quando promovem o cuidado de seu corpo, apresentam um extremo fisiculturismo, transformando o “cuidado de si” em risco de adoecimento (SCHRAIBER et al., 2010).

Para a realização da assistência aos homens, no reconhecimento das suas necessidades, pelos profissionais de saúde, há uma dificuldade: como desenvolver, na atenção primária, estratégias voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde masculina, quando essa clientela não utiliza os serviços da atenção primária à saúde? Em contrapartida, o fato de que os homens adentram o sistema de saúde, por meio da atenção especializada, tem como consequência o agravamento da morbidade, pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar amplamente a atenção primária, garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção dos problemas evitáveis.

Para efetivar a política em apreço, o Plano de Ação Nacional (2009-2011) surgiu como subsídio para que os Gestores dos Estados e Municípios selecionados desenvolvam estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem. Tais aspectos, pelas suas contribuições, devem ser inseridos nos planejamentos de ações em saúde estaduais e municipais, respeitando as especificidades e as diversidades loco-regionais (BRASIL, 2009b).

Assim, o Plano de Ação Nacional (2009-2011) possui nove eixos programáticos para a efetivação da política, conforme descrição a seguir (BRASIL, 2009b, p. 4-5).

Eixo I - Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - visa inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais até o terceiro trimestre de 2010;

Eixo II - Promoção de saúde – busca elaborar estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde;

Eixo III - Informação e comunicação – pretende sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o auto-cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação;

Eixo IV - Participação, relações institucionais e controle social – almeja trabalhar com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) para associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de efetivar a atenção integral à saúde do homem;

Eixo V - Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem – aponta para o fortalecimento da atenção básica e melhora do atendimento, da qualidade e da resolubilidade dos serviços de saúde;

Eixo VI - Qualificação de profissionais da saúde – visa trabalhar com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) em estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS;

Eixo VII - Insumos, equipamentos e recursos humanos – visa trabalhar com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde (SCTIE) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) para avaliar recursos humanos, equipamentos e insumos (incluindo medicamentos) para garantir a adequada atenção à população masculina;

Eixo VIII - Sistemas de informação – analisar de forma articulada com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde os sistemas de informação;

Eixo IX - Avaliação do Projeto-piloto – almeja realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações através do monitoramento da Política, com o auxílio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde (SCTIE).

Para cumprimento do plano de ação, inicialmente, foram elaborados projetos-pilotos para adequação da política no Distrito Federal e em 26 municípios, selecionados pelo Ministério da Saúde, sendo um por Estado. As responsabilidades institucionais foram definidas de acordo com as diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde 2006, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de gestão do SUS.

Desse modo, ainda cabe à União coordenar o processo de construção do plano de ação, a nível nacional e, em cooperação com os Estados e Municípios, prestar apoio técnico e financeiro. Em termo Estadual compete definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no

âmbito do seu território, a PNAISH. Por fim, em âmbito municipal, incumbe coordenar, implementar, acompanhar e avaliar no domínio do seu território, a PNAISH, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado e, promovendo as adequações necessárias conforme as especificidades regionais (BRASIL, 2009b).

Na Paraíba, a implantação da PNAISH ocorreu em três municípios pólos, os quais são João Pessoa, Campina Grande e Patos. Em João Pessoa, a política encontra-se em fase de programação de ações para atenção à saúde do homem. Segundo a coordenação da Área Técnica de Saúde do Homem, o município está elaborando um Pré-projeto de Ações e Estratégias direcionadas à assistência à população masculina, contendo uma programação anual das atividades a serem realizadas; priorizando discussões focadas em problemas nas áreas de maior necessidade, como: implantação da PNAISH, violência, álcool e drogas, acidentes de trânsito, discussão de gênero, problemas circulatórios, IST/AIDS, direitos sexuais e reprodutivos e outros.

O plano municipal de João Pessoa, Paraíba, enfoca metas a serem alcançadas durante o período de 2010 a 2014, prevendo as seguintes atividades (ASSUNÇÃO, 2010):

- Implantação da política – reuniões com os distritos sanitários, criação de GTs de Saúde do Homem para discussão entre os profissionais nos distritos;
- Articulação com programas e instituições de movimento sociais com grupos específicos (gays, deficientes, movimento negro e outros);
- Apresentação da PNAISH aos ciclos de orçamento democrático;
- Realização de seminários intersetoriais para a implantação da política;
- Participação em eventos da população masculina, como exemplo os grupos de capoeira;
- Divulgar nos meios de comunicação;
- Confeccionar materiais educativos sobre prevenção de doenças e promoção da saúde;
- Mapeamento do grupo de homens conforme locais de agrupamento;

- Estimular rodas de diálogo sobre gênero, sexualidade e saúde, nos espaços comunitários;
- Capacitação profissional;
- Parcerias com grupos de estudos sobre Saúde do Homem;
- Participação em seminários;
- Aumentar o número de prostatectomia supra-púbica, no município;
- Atingir 10% dos homens entre os 20-59 anos em atendimento.

Sabe-se que para incluir a participação do homem nas ações de saúde é um desafio, devido à diversidade de aspectos já referidos. Destaque-se que é frágil a discussão acerca da temática proposta, com vistas a repensar a reorganizar os serviços de atenção à saúde, para que seja efetivada uma assistência integral e acessível à população masculina.

Corroborando Fontes et al. (2011), é oportuno destacar que os homens se mostram surpresos com a existência de uma política voltada especificamente à sua saúde e satisfeitos pela possibilidade de sua inclusão nos serviços de atenção primária. Por isso, percebe-se a necessidade do protagonismo dos homens, tornando-os “empoderados”, isto é, instrumentalizados para que desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, P. M. Secretária Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Homem. **Ações relacionadas à implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Município de João Pessoa – PB.** João Pessoa, 2010. Disponível em: <xa.yimg.com/kq/groups/25055981/414757803/name/Saude> Acessado em: 15 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações - Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (princípios e diretrizes). Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009^a. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf> Acesso em: 12 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações- Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção integral a saúde do homem. **Plano de Ação Nacional (2009-2011)**. Brasília: Ed Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_saude_homem_0709.pdf> Acesso em: 12 jul. 2012.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do no homem do Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2012.

FARIA FILHO, L. M.; ZICA, M. C. Masculinidades e experiências masculinas em Bernardo Guimarães. **Cadernos pagu**, v. 34, p.179-208, jan/jun 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n34/a08n34.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2012.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 105-109, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>> Acesso em: 06 ago. 2012.

FONTES, W. D. de. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm.** v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/20.pdf>> Acesso em 06 ago. 2012.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-74, mar. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf> Acesso em 06 ago. 2012.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

PEREIRA, Q. L. C. Processo de (re)construção de um Grupo de Planejamento Familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p.320-5, abr-jun 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a16v16n2.pdf>> Acessado em: 18 ago. 2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, mai. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

SUTTER, C.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1488/2799>> Acesso em: 18 ago. 2012.

TAQUETE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis e Gênero: um estudo transversal com adolescentes do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.282-290, jan./fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/46.pdf>> Acessado em: 16 ago. 2012

VIEIRA, A. D. et al. Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família: integração para a integralidade da assistência. In: SAITO, R. X. de S. (Org.). **Integralidade da atenção: organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, Cap. I, p.17-46, 2008.

CAPÍTULO 2

IMPLICAÇÕES VINCULADAS AO CUIDADO DA POPULAÇÃO MASCULINA

Veruscka Pedrosa Barreto

Wilma Dias de Fontes

Karla Maria Duarte Silva de Oliveira

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Reafirmando o diálogo entre múltiplos campos do conhecimento, como a demográfica, epidemiológica, o envelhecimento populacional, e considerando as alterações no panorama das doenças e a conjuntura sócio-política de vivência dos grupos, a saúde do homem traz em sua essência especial complexidade.

Frente às características dos tempos atuais, pode-se afirmar que a dinâmica de convívio marcada por instabilidades, pela vigência do efêmero, do fragmentário, do caótico, o sujeito contemporâneo depara-se com novas demandas psíquicas, políticas e sociais. Estas diversidades evidenciam-se por meio de indagações a respeito das modalidades de ser e estar no mundo (SILVA; MACEDO, 2012). Os papéis sociais, políticos e culturais estão em contínuo processo de reconstrução, incluindo-se, nesses termos, relevantes reflexões acerca do papel masculino na contemporaneidade, influenciando diretamente na saúde dos indivíduos (MACEDO et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde conceitua saúde como uma situação de completo bem-estar físico, mental e social. Atualmente, o Ministério da Saúde vem se preocupando, especialmente, com a saúde do homem. Tal atenção foi oficializada com o lançamento, em agosto de 2008, da "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem" (BRASIL, 2008). A justificativa para tal iniciativa deve-se à constatação de que os homens cuidam pouco de sua saúde e, quando o fazem, buscam ajuda no momento em que os problemas já estão agravados. Por meio dessa proposição, o Ministério da Saúde, como espaço político, reconhece a relevância dos padecimentos do sexo masculino como verdadeiros problemas de saúde pública.

Assim, na busca de minimizar as demandas de saúde deste grupo populacional, a integralidade na atenção é um dos princípios norteadores da referida política. Sendo entendida no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS), como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada usuário, devendo se fazer presente em todos os níveis de complexidade do sistema.

Conforme Machado et al. (2007), a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade implica em perceber o indivíduo como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Ainda destaca-se a imagem subjetiva como elemento balizador no sistema de saúde, atrelado ao ideário do desejo, repleto de sentimento, de emoção e de motivação para uma construção coletiva na defesa da saúde.

No cenário atual acredita-se que o homem está atravessando uma "crise da masculinidade". Dessa forma, vê-se levado a repensar os limites de seus próprios direitos e obrigações, bem como é exigido no sentido de reconsiderar suas necessidades individuais, para além dos estereótipos instituídos pela lógica patriarcal.

O conceito de gênero esclarece que as desigualdades econômicas, políticas e sociais, existentes entre homens e mulheres, não são simplesmente produto de suas diferenças biológicas e sim, resultantes das relações sociais, no desenvolvimento de cada sociedade. Estudos comprovam que homens e mulheres mudam de papéis, de cultura para cultura e, ainda, no interior de cada uma delas, dependendo do período e das condições históricas em que estão vivendo. Portanto, as relações entre as pessoas em uma sociedade são orientadas por modelos, ideias e valores do que é masculino e feminino (BEZERRA; RODRIGUES, 2010).

Conduz-se, deste modo, uma imagem de identidade masculina ligada ao não ser homossexual, a não ser mulher, e sim, ser forte, capaz, provedor, decidido e corajoso. Condutas "machistas", que se por um lado garantem o homem ideal, por outro, suas práticas atentam e impedem a função de autocuidado. Entretanto, junto a esses conceitos hegemônicos sobre o que é ser homem, corrobora-se a ideia que o homem também deve reconhecer a importância do cuidado de si, acarretando assim em uma mudança do perfil masculino a ponto do homem assumir atitudes antes vistas femininas, isto implica que a aceitação do cuidar da saúde possa vir a se tornar

um hábito também masculino (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

O homem está, assim, sendo levado a refletir sobre as bases de sua própria identidade. Com as conquistas femininas, as mulheres ressignificaram seu papel individual e, de forma coletiva. Em decorrência disso, os homens perderam alguns espaços - principalmente a hegemonia do patriarcalismo - e procuraram se adaptar gradativamente aos novos tempos (MACEDO et al., 2010).

Essa discussão remete à polêmica da existência ou não de uma crise da masculinidade, fato que tem suscitado grandes debates, levando-nos a perceber que as prerrogativas atuais sobre o ser homem mobilizam diferentes parcelas da sociedade. No entanto, não podemos considerar esses relatos como sendo apenas uma postura vitimizadora dos homens ou, então, algo que respalda uma hierarquia que valoriza a dominação masculina. Ao contrário, devemos reconhecer nesses depoimentos aspectos das identidades em conflito, sugerindo possível momento histórico de reconstrução do próprio modelo hegemônico. Ou seja, um modelo que precisa ser superado, sem ainda uma definição clara do que será no futuro (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Nesta perspectiva, percebe-se a necessidade de politização da população masculina quanto as suas demandas de saúde, bem como do reconhecimento como sujeitos do cuidado de si, por parte dos homens. Para tanto, torna-se fundamental a quebra de paradigmas nos diversos contextos em que o homem está inserido: na família, no trabalho, na sociedade.

O aspecto motivacional para a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008), visa qualificar a atenção à saúde da população masculina, na perspectiva de estabelecer linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção à saúde, com intuito de promover, entre outros aspectos, ações de saúde que colaborem significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos contextos socio-culturais e político-econômicos; visa estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

É importante a discussão e ações voltadas para uma clínica ampliada, pautada na escuta, no acolhimento e no vínculo; uma

clínica centrada no sujeito enfermo (não na doença), e na possibilidade de adoecer, bem como nos grupos de sujeitos com quem convive (família, classe, instituições, entre outros), na circunstância socioeconômica em que vive e, dependendo do trabalho em equipe, da interação interdisciplinar das clínicas de diferentes áreas, em direção à proposta da integralidade e de superar a fragmentação dos saberes (NASCIMENTO, 2004).

Estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Laurenti; Mello-Jorge; Gotlieb (2005) destacam a existência de determinantes biológicos para as heterogeneidades encontradas a agravos à saúde dos homens. Também apontam que aspectos ligados a comportamentos específicos do homem e da mulher estão presentes como determinantes da saúde ou aparecimento de doenças, e que estão associados aos fatores socioculturais.

Investigar a temática da necessária atenção integral à saúde masculina permitiu constatar a relevância de incluir uma visão ampla, no que diz respeito aos padecimentos que acometem o ser humano. Considerando as importantes transformações sociais, políticas e econômicas, pode-se afirmar o caráter inesgotável da diversidade, presente nas demandas advindas da população masculina (MACEDO et al., 2010).

Evidencia-se que grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre de variáveis culturais (MACEDO et al., 2010). Há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam-se práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. Assim, a doença é considerada, neste cenário, como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua condição biológica.

O homem julga-se invulnerável a agravos, o que contribui para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade. Constata-se que os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer (BRASIL,

2008). Para Gomes; Nascimento (2006), os homens, ao se sentirem poderosos, fortes, resistentes e invulneráveis, podem não adotar comportamentos preventivos, nem tampouco buscar os serviços de saúde.

Deste modo, a compreensão das barreiras socioculturais e institucionais, das noções de gênero e de masculinidade torna-se importante para as proposições estratégicas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção à saúde, a fim de resguardar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, como eixos necessários e fundamentais de intervenção, numa perspectiva do empoderamento destes.

A indisponibilidade de programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina, também a distancia das Unidades Básicas de Saúde (FIGUEIREDO, 2005). Outro ponto de importância, nesse aspecto, é a presença elevada e maioria de demanda das mulheres nos serviços de saúde; e ainda, a rudimentar aplicação de políticas que relevem em sua efetivação a singularidade do masculino, na mesma ênfase dada à saúde da mulher (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005).

Atualmente, estudos têm como objetivos avaliar as ações iniciais da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (KNAUTH et al., 2012). Segundo Gomes et al. (2012), é importante avaliar a multiplicidade de sentidos que uma política pública adquire, quando são considerados os diferentes níveis e atores sociais envolvidos na implantação e execução desta política. São estes sentidos que devem orientar as práticas e ações desenvolvidas, razão pela qual sua compreensão é um elemento fundamental no monitoramento e avaliação da política.

Compreender e aprofundar as relações que se estabelecem no âmbito dos serviços de saúde entre profissionais e os usuários do sexo masculino, a partir de análises das concepções que os profissionais da saúde possuem sobre as demandas e comportamentos específicos da população masculina atendida nos serviços, é um bom parâmetro para avaliar as ações da política em questão (KNAUTH et al., 2012). Contudo, apesar deste processo de construção democrática, os significados de uma política de saúde provocam interpretações diversas desde o seu nascedouro.

Acrescentando que, as atribuições de sentido dirigidas a ela nem sempre vão coincidir com seus reais propósitos.

Essas interpretações, por sua vez, se ancoram num conjunto de *habitus* – entendido como um conhecimento adquirido, um *haver*, um *capital*, que indicam uma disposição incorporada – que serve de referência para a representação dos agentes envolvidos na implantação. Assim, ouvir as várias vozes e discursos que se movimentam em torno do “fazer ver e fazer crer” é vital para os rumos da construção dessa Política. (GOMES et al., 2012). É com essas concepções e tendo como referência os diagnósticos de saúde dos homens em cada contexto em que as Unidades Básicas de Saúde estão inseridas, que os serviços devem construir as estratégias assistenciais para contemplar as diferentes necessidades de saúde dos homens (FIGUEIREDO, 2005).

A partir de uma análise qualitativa, feita por Knauth et al. (2012), verificou-se que os profissionais reconhecem que o grande desafio no trabalho de saúde do homem é fazer com que estes cheguem ao serviço antes de estarem doentes. Isto implica na visão de uma mudança não apenas nos serviços de saúde, mas na própria cultura, na mentalidade dos homens. A saúde do homem estaria sendo reduzida à saúde urológica e, mais do que isso, a política estaria enfatizando, em particular, o câncer prostático, em detrimento de outros problemas que prejudicam a saúde e a qualidade de vida dos homens.

Na mesma dimensão, Machin et al. (2011), em seu estudo a partir da percepção dos profissionais de saúde, mostraram que a ausência dos homens nos serviços, foi descrita como do âmbito da cultura, entendida por referência a uma identidade de gênero, enquanto se atribui, por oposição, uma especificidade à mulher, ancorada na biologia, tendo por referência questões ligadas à reprodução, contracepção e gestação. Os depoimentos dos profissionais de saúde, relativos às características dos homens usuários nos serviços nos quais eles atuam, revelam expressões que opõem o masculino ao feminino.

Convém considerar que alguns pares de opostos surgem nas falas dos profissionais, mesmo quando não instados a estabelecer distinções entre homens e mulheres, nas diferentes esferas relativas ao atendimento nas unidades de saúde, revelando o quanto o

imaginário social de gênero e, muitas vezes, de seus estereótipos estão impregnados no olhar e na vivência dos profissionais de saúde. Também foram construídas categorias temáticas, articuladas de distinções apresentado: feminilização dos serviços de saúde, corpo masculino como lócus do não cuidado e corpo feminino como lócus do cuidado.

A visão e descrição de gênero é extremamente presente em muitos estudos, mesmo antes da política de saúde do homem. Nesse sentido, as questões de gênero, enquanto princípio ordenador do pensamento e da ação, constroem e impõem atributos culturais aos sexos, a partir de uma perspectiva relacional. As masculinidades e as feminilidades constituem espaços simbólicos que estruturam a identidade dos sujeitos, modelam comportamentos e emoções, que passam a ter a prerrogativa de modelos a serem seguidos. A ausência de um olhar de gênero chama a atenção, faz perder a possibilidade de uma atenção primária, com contextos instaurados de novas necessidades (SCHRAIBER et al., 2010).

A atribuição de sentido da política em foco também foi analisada no trabalho de Gomes et al. (2012), sinalizando o engajamento do profissional de saúde com a mesma. Percebida como episódica, eventual, vista também como um envolvimento temporário e ocasional do profissional; ser algo que pouco lhe diz respeito, sendo relegada a outras especialidades; ou ainda, pode ser vista como desnecessária, na medida em que já estaria contemplada nos princípios e diretrizes da atenção primária à saúde; ou compreendida como uma demanda a mais, e de difícil realização, por encontrar barreiras nos mesmos impeditivos de outras políticas de saúde, que também prescindem da inseparabilidade entre as práticas de atenção e gestão do cuidado para garantir a integralidade das ações.

Alguns autores afirmam que os homens são invisíveis nos serviços de saúde. Diferentes dimensões são produzidas a partir dessa invisibilidade: a dimensão das intervenções em saúde, em que o privilégio é conferido às mulheres, a incapacidade dos profissionais de notarem a presença de alguns homens como usuários nos serviços ou as questões trazidas por eles e a concepção de que os homens não se cuidam, com a consequente expectativa de que não procuram os serviços de saúde. Evidencia-se a desqualificação de acesso e uso de

tecnologias já existentes que impedem o desenvolvimento de uma atenção primária que evite a reprodução das atribuições tradicionais de homens e mulheres perante a saúde. Igualmente, evidencia-se a ausência de vínculos apropriados com homens, mesmo quando estes já buscam a atenção primária e reconhecem, de algum modo, seu uso (COUTO et al., 2010; SCHRAIBER et al., 2010).

Outro aspecto importante, referido, é que a menor presença dos homens nas unidades de saúde pode ser atribuída, também, a ausência de profissionais, programas ou campanhas voltados à sua saúde. Ademais, é importante considerar que o espaço das unidades é, muitas vezes, organizado em torno do atendimento de mulheres e crianças, o que é percebido pelos profissionais como elemento que deixa os homens “pouco à vontade” (MACHIN et al., 2011). As Unidades Básicas de Saúde não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina. Em trabalho realizado por Gomes et al. (2011a), na visão dos usuários masculinos de serviços saúde, eles sentem falta de um atendimento específico.

A ideia é compreender o problema contido em uma complexa teia de relações envolvendo três dimensões inter-relacionadas, descritas por Figueiredo (2005), a saber: 1) os homens, na qualidade de sujeitos, confrontados com as diferentes dimensões da vida; 2) as maneiras como os serviços se organizam para atender aos usuários, considerando suas particularidades; e 3) os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa. Para Knauth et al. (2011), é também importante a compreensão de barreiras institucionais (serviços-usuários) e relacionais (profissionais-usuários), que impactam no acolhimento das demandas masculinas, nos serviços e no cuidado integral oferecidos aos usuários; além dos limites e potencialidades das ações iniciais de implantação da política de saúde.

Identifica-se, assim, a necessidade de promover mudanças na formação profissional, de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitarão a atenção integral e humanizada à população masculina. Sugere-se que haja um melhor preparo dos usuários e dos profissionais da área (GOMES et al., 2011b). As universidades e outras instituições formadoras vêm sendo

pressionadas por mudanças no processo de formação, assim como nas formas de relacionamento com a sociedade.

Modelos conservados ainda são observados em várias instituições formadoras. A formação acadêmica não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas sim, contemplar, também, a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações. Segundo Silva; Macedo (2012), a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, assim como estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de fornecer acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações, destacando a população masculina.

Segundo Fontes et al. (2011), destaca-se o desafio, que é implementar ações de educação específicas à clientela masculina, haja vista a ocorrência desse déficit na formação acadêmica, bem como na educação permanente dos profissionais da área. Verifica-se, entretanto, muito recentemente em nossa realidade, a busca pela reformulação de Projetos Pedagógicos de Curso para focar também esses indivíduos em suas necessidades singulares. Os profissionais devem ser mais bem preparados para o atendimento do homem nos serviços (GOMES et al., 2011b)

No setor de ensino, deveriam ser trabalhados os elementos que conferem à "integralidade do atendimento de saúde", quais sejam: acolhimento, vínculo, responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob seu cuidado, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção. Haja vista a importância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem para uma efetiva interlocução entre o ensino e os serviços de saúde (FONTES et al., 2011).

Evidencia-se ainda, que o conhecimento da população masculina, em relação à promoção da saúde e a prevenção de agravos, é deficiente. Dessa forma, a meta desafiadora será destinar ações de educação que visem a romper as principais questões de autocuidado desses indivíduos, bem como dos exercentes da área da saúde (FONTES et al., 2011). Isso indica que parece existir uma

dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária (FIGUEIREDO, 2005).

Ao se analisar a saúde do homem sob o eixo da acessibilidade verificou-se a importância de ter um olhar direcionado para esta clientela, valorizando os determinantes de morbimortalidade do processo saúde-doença, bem como os fatores socioculturais e institucionais, no intuito de sensibilizar tanto os profissionais e acadêmicos de saúde quanto os homens à procura dos serviços de atenção à saúde.

Embora haja ampla discussão sobre masculinidade na área da saúde em geral, ainda há insuficiência de estudos sobre o empenho masculino voltado para o estilo de vida saudável e a promoção da saúde. Para se avançar nessa discussão, dentre outros aspectos, é necessário dar voz aos próprios homens, para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde.

A integralidade requer o planejamento claro e preciso de uma formação para as competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde, objetivando uma prática de qualidade. Assim, qualquer que seja o local e a área de atuação, uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de inserções sociais, que problematize os saberes e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente, no desenvolvimento das competências específicas de cada trabalho, é fundamental.

Por fim, a inegável necessidade de mudança decorre de elementos, tais como as novas modalidades de organização do mundo, do trabalho em saúde e das exigências em relação ao perfil dos novos profissionais. Evidencia-se, dessa forma, o magno desafio que os diferentes sujeitos vinculados ao processo de cuidar-cuidado do homem – gestores, profissionais da saúde e usuários –, atuem, no âmbito do cuidado, na perspectiva da integralidade e da (re)construção de cenários capazes de contribuir para o processo de acolhimento deste grupo populacional.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, M. S.; RODRIGUES, D. P. Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 127-134, out./dez. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF, 2008.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 33, p.257-70, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>> Acesso em: 16 jul. 2012.

FIGUEIREDO, W. S. Assistência á saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>> Acesso em 02 ago. 2012.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil, **Ciencia e saúde coletiva**, v. 16 (suple), p. 935-944, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>> Acesso em 06 ago. 2012.

FONTES, W. D. de. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. Enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/20.pdf>> Acesso em 06 ago. 2012.

GOMES, R. ; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, mai. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf>> Acesso em 06 ago. 2012.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-74, mar. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf> Acesso em 06 ago. 2012.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 983-992, 2011a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2012.

GOMES, R. et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4513-4521, 2011b. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a24v16n11.pdf > Acesso em: 10 ago. 2012.

GOMES, R. et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a saúde do homem. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10774> Acesso em: 18 ago. 2012.

KNAUTH, D. R. et al. A visão dos profissionais sobre presença e demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da política de atenção integral à saúde do homem. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10627> Acesso em: 20 ago. 2012.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

MACEDO, M. M. K. et al. Atenção integral a saúde masculina: a busca por atendimento psicológico em uma clínica-escola. **Psicologia, teoria e prática**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 154-170, 2010. Disponível em: <<http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/view/2472/2335>> Acesso em: 15 ago. 2012.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007. Disponível

em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciências e saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

NASCIMENTO, M. A. A. O Desafio da clínica na saúde da família. **Revista APS**, v. 7, n. 2, p. 104-109, jul./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/DesafioPSF.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, mai. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

SILVA, F. C. F. da.; MACEDO, M. M. K. A escuta do masculino na clínica psicanalítica contemporânea: singularidades de um padecer. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online], v. 28, n. 2, p. 205-218, 2012. Disponível em: <<http://www.revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/282/280>> Acesso em: 15 jul. 2012.

CAPÍTULO 3

PRÁTICAS ADOTADAS PELO HOMEM NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Eveline Mayone de Menezes
Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

INTRODUÇÃO

Antes da Reforma Sanitária, resultante de diversos movimentos sociais, o setor saúde era marcado por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, com pouca prioridade para as políticas de promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

O que se pode constatar é que antes do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento médico-hospitalar era voltado para aqueles que possuíam condições financeiras ou para os que, em função de suas atividades trabalhistas, tinham convênios com algumas empresas de saúde responsáveis pelos atendimentos. O restante da população, ou seja, os pobres ficavam a mercê da sorte ou, como muitos, condenados a uma vida de enfermidades (MACHADO et al., 2007).

Esta realidade sofre transformações quando, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde é instituída como direito de todos e dever do Estado, garantida através da Constituição Federal de 1988 e operada por meio do SUS, fazendo com que os gestores priorizem o nível de atenção básica, tendo como premissa a operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006b).

A ESF tem como base a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, promovendo a assistência centrada na vigilância à saúde e incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida (CONTEIRO et al., 2009).

Parte integrante desta família está o homem, pouco frequentador dos Serviços de Saúde (SS) e suscetível aos agravos crônicos. Para transformar esta realidade foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008), tem como propósito

qualificar a saúde da população masculina, para diminuir o agravamento das doenças, da morbimortalidade e dos custos para o SUS.

Machado (2006) afirma que nos países em desenvolvimento está ocorrendo o padrão epidemiológico de transição, onde além das doenças infecciosas, como dengue e febre amarela, surgem as doenças crônicas degenerativas (DCD).

Para a Organização Pan Americana de Saúde - OPAS (2006), isso decorre porque a população está consumindo alimentos de grande densidade energética ou excessivamente salgados, levando ao crescente número de doenças crônicas, agravos não transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e hipertensão arterial, esta última associada a fatores familiares, genéticos e ambientais, que acometem jovens e adultos de 20 a 45 anos, aumentaram os índices de mortalidade e incapacidade no mundo, responsável por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais.

Segundo Lopes (2008), há pelo menos 600 milhões de hipertensos no mundo, com 7,1 milhões de óbitos. Zaitune et al. (2006) afirmam que a HA atinge aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cerebral vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces.

Gomes; Nascimento (2006) afirmam que os homens em geral padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também são responsáveis, mais do que elas, pelas principais causas de morte e este quadro é definido quando a PNAISH aponta as principais causas de mortalidade na população masculina dos 25-59 anos, estando em primeiro lugar os óbitos decorrentes de Causas Externas (30%); em segundo as Doenças do Aparelho Circulatório (20%); em terceiro os tumores (12%); em quarto as Doenças do Aparelho Digestivo (8%) e, por fim, em quinto lugar, as Doenças do Aparelho Respiratório (5%).

Esta realidade, não exclusiva do Brasil, caracteriza-se como um sério problema de saúde pública, que pode ser mudada a partir da mudança de hábitos e da busca de uma vida mais saudável, possibilitando, numa visão futurista, a construção de uma “mens sana in corpore sano”.

Nestes termos, a PNAISH cria um novo pensar, no qual se espera que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, e garanta, sobretudo, a promoção de saúde e a prevenção a agravos evitáveis junto ao grupo masculino (BRASIL, 2008).

Diante dessa realidade, este trabalho pretende contribuir com as discussões acerca da temática em foco, adesão dos homens aos serviços de atenção à saúde, visto que, embora haja um aumento significativo na abordagem do assunto, ainda existe uma insuficiência de estudos sobre as práticas masculinas voltadas para a prevenção da hipertensão arterial.

Desta forma, busca-se escutar os homens sobre suas necessidades de saúde, uma vez que os mesmos têm demonstrado dificuldade de verbalizá-las, para que a partir das contribuições construídas pelo grupo masculino, gestores, profissionais de saúde e a sociedade possam melhor compreender as questões envolvidas na pouca adesão desta população específica aos SS.

Nesta perspectiva, buscou-se investigar as práticas adotadas pelos homens como medidas preventivas da instalação da Hipertensão Arterial Sistêmica, contemplando ainda a investigação dos fatores de risco modificáveis dos homens do município de Aparecida-PB, no tocante à predisposição para hipertensão e seu conhecimento sobre hipertensão arterial, bem como listar as principais medidas adotadas pelos homens na prevenção da Hipertensão Arterial.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO

Adotou-se um estudo transversal, de campo, com abordagem quantitativa desenvolvido no município de Aparecida-PB, localizado no alto sertão Paraibano, a 460 km da capital. Consta de 7.676 habitantes, e uma população masculina de 2.457 mil habitantes de 0 a 80 anos e mais, distribuídos nas Zonas Urbana e Rural segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010).

A população do estudo foi constituída de 448 homens, entre 30 a 59 anos, residentes na Zona Urbana do Município de Aparecida – PB, coletados no DATASUS/2010, e amostra de 78 homens, calculada de forma probabilística, para uma população finita, com um Intervalo de Confiança de 95%, um nível de confiança de 5%, e

um erro de 7%. Os critérios de inclusão foram: ser residente do município, na zona urbana, da faixa etária entre 30 e 59 anos de idade, ter capacidade física e mental para responder ao questionário, e como critério de exclusão as condições que ferem os de inclusão.

A coleta de dados, realizada por meio de um questionário elaborado pela própria pesquisadora, foi conduzida de forma intencional, com abordagem dos sujeitos em vários ambientes sociais: ruas, praças, Unidades de Saúde, comércio, entre outros, e interrompida tão logo se chegou ao quantitativo proposto. Concluída a coleta, os dados foram agrupados, tabulados e analisados por estatística simples, descritiva, utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007.

A pesquisa obedeceu a todas as recomendações advindas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente a estudos envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), recebendo aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, sob CAAE nº 04465112.3.0000.5180.

RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, observa-se um grupo predominante de adultos jovens (64% na faixa etária entre 30 e 49 anos), que talvez acreditava viver com mais vigor suas necessidades e por ser economicamente ativo, trabalhando muitas vezes em dois turnos, se mantinha afastado dos SS. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2008), a atividade laboral na vida masculina tem um lugar destacado, sobretudo, em pessoas de baixa condição social, reforçando o papel historicamente atribuído ao homem de provedor.

Constatou-se um grupo com bom nível de escolaridade, visto que, 11% possuem ensino superior, 51% ensino médio e 38% o ensino fundamental, favorecendo uma melhor percepção para os cuidados de saúde ofertados por parte da mídia, dos profissionais ou de pessoas afins.

Segundo Fígoli (2006), a redução significativa na proporção de pessoas analfabetas, deve-se aos investimentos empregados na educação formal no Brasil. Mion Junior (2006) afirma que a educação muda de forma significativa a maneira como as pessoas

lidam com o cuidado à saúde, já que ela traz consigo aumento na aquisição de informações e nas percepções com relação à saúde.

Tabela 01. Caracterização dos sujeitos da pesquisa com os dados sócios demográficos

Variável	f	%
FAIXA ETÁRIA		
30 – 39	30	38
40 – 49	20	26
50 – 59	28	36
ESCOLARIDADE		
Ens. Fundamental	30	38
Ens. Médio	40	51
Ens. Superior	08	11
Renda Familiar		
1 salário	10	13
2 salários	40	51
3 salários e mais	28	36
Estado Civil		
Solteiro	13	17
Casado	47	60
Separado	16	21
Viúvo	2	2
TOTAL	78	100

Fonte: Própria pesquisa.

A renda majoritária foi < de dois salários mínimos (87%) e 13% ganham um salário mínimo, o que refletiu, em ambos os casos, uma de prioridades para a sua vida, deixando de lado muitas das vezes a de sua saúde. Conforme Magalhães et al. (2010) a baixa renda familiar limita a capacidade de aquisição dos recursos necessários para a manutenção da saúde, como, por exemplo, uma alimentação adequada, acesso ao lazer, prática de atividade física, entre outras, ferindo o conceito ampliado de saúde.

Quanto à convivência conjugal, 60% eram casados e 40% estavam sozinhos (solteiros viúvos ou separados). A presença de uma companheira reforça a realidade de que o homem é um ser social e não deve viver sozinho. Segundo Gravina; Grespan; Borges (2007), a

presença permanente de um companheiro na vida é um grande aliado para ajudar no dia a dia, além de servir como um grande suporte emocional.

O entendimento que se tem sobre hipertensão conduz os sujeitos a serem mais cuidadosos com a sua saúde, inclusive na adoção de medidas preventivas, entretanto a maioria dos sujeitos (58%) desconhecia o que seja a HA e o seu desenvolvimento, mesmo supondo-se que em algum momento eles receberam algum tipo de orientação.

Este é um dado preocupante haja vista que sem as devidas informações e orientações acerca da doença, o sujeito se expõe mais aos fatores de risco e aumenta as chances de desenvolver o agravo. Segundo Jardim et al. (2006), a HA é uma doença associada ao sedentarismo, obesidade, alcoolismo, tabagismo, dislipidemias, entre outros, e que contribui para diversas complicações, sendo indispensável a adoção de medidas preventivas e corretivas, para minimizar este risco.

Por desconhecerem as causas que levam a hipertensão, os homens adotavam hábitos nocivos como consumir bebida alcoólica e usar muito sal na dieta (Gráfico 1), e, mesmo sem intencionalidade preventiva, a maioria, praticava atividade física e não fuma.

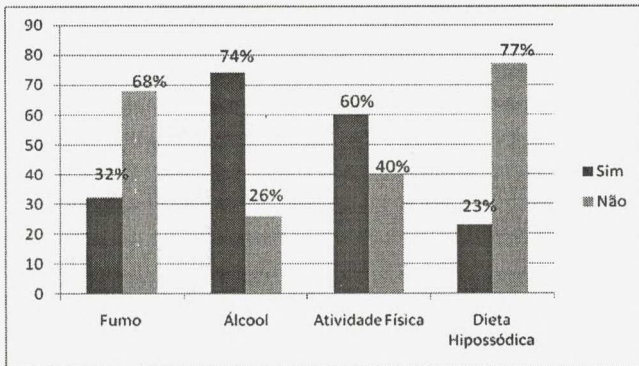


Gráfico 01. Medidas preventivas adotadas pelos indivíduos participantes do estudo

Fonte: Própria Pesquisa.

No tocante ao uso do tabaco, 68% tem se mantido afastado do vício e apenas 32% se mantêm exposto ao fumo. Magalhães et al. (2010) afirmavam que a ajuda dos programas de combate ao tabagismo tem resultado na redução do consumo individual e favorecido a diminuição da dependência química e risco das doenças cardiovasculares em curto prazo.

A prática de alguma atividade física era efetivada por 60% dos homens, na forma de caminhada, musculação, dentre outras, um quantitativo expressivo, pois através dela se combate dois dos principais fatores de risco da HA: sedentarismo e obesidade.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2006a) e a OPAS (2006) consideram que a realização adequada da atividade física, além de saudável, causa sensações agradáveis ao corpo pela liberação da endorfina, constituindo-se uma ferramenta imprescindível na prevenção de doenças e agravos não transmissíveis e na redução do risco de eventos cardiocirculatórios. Gravina et al. (2007) afirmam que a atividade física melhora a autoestima, a qualidade de vida e corrobora para reduzir a morbidade.

A bebida alcoólica fazia parte da rotina de 74% dos homens estudados, seja de forma moderada ou não. Um hábito que deve ser combatido, haja vista que além de causar danos orgânicos, prejudica a vida social e familiar. A redução da ingestão de álcool pode reduzir a PA em homens normotensos e hipertensos, devendo seu consumo ser limitado para menos de 30 ml/dia para os homens, e metade dessa quantidade para as mulheres, e ao abandono do consumo de bebida alcoólicas para aqueles que não se enquadram nesses limites (BRASIL, 2006b).

No tocante à dieta hipossódica, 77% dos homens não a faziam, e isso expunha este grupo ao risco da instalação da hipertensão; 3% dos pesquisados faziam a dieta e 20% relataram que às vezes faziam. O aumento da pressão resulta, em grande parte, da quantidade de sal que se come, e no cotidiano observa-se que isso é muito estimulado, com a colocação do saleiro sobre a mesa e o uso de condimentos prontos.

Para Nobre (2010), o consumo elevado de alimentos ricos em sal está associado à maior ingestão de temperos prontos, bastante acessíveis às classes socioeconômicas. Santos; Lima (2008), afirmam que a ingestão excessiva de alimentos industrializados ricos

em sal, gordura saturada e açúcar são os principais fatores para o desenvolvimento de obesidade, colesterol elevado e doenças cardiovasculares.

Tabela 2. Distribuição dos entrevistados sobre o consumo de frutas e legumes.

Consumo	Frutas		Legumes	
	f	%	f	%
Diariamente	10	13	15	20
2 a 3 vezes por semana	60	77	30	38
Raramente	08	10	33	42
Total	78	100	78	100

Fonte: Própria pesquisa.

A prática adotada pelos homens quanto ao consumo diário de frutas e legumes, revelou (Tabela 2) que eles mantinham hábitos que precisam ser fortalecidos, apesar da maioria (77%) consumir frutas 2 a 3 vezes por semana, este quantitativo caiu para 38% quando se tratou do consumo de verduras e legumes.

Entende-se este resultado porque a fruta é um alimento que se faz presente na mesa do nordestino/sertanejo, principalmente banana, melancia e manga, que são de fácil cultivo para a região. No entanto o consumo de legumes foi uma prática instável, pois o prato padrão era à base de carboidratos (feijão, arroz, macarrão, farinha, cuscuz), entendido como alimentos que fornecem energia e resistência para os trabalhos pesados.

Conforme Magalhães et al. (2010), o equilíbrio nutricional é alcançado pela adoção de um estilo de vida saudável com redução da ingestão de sal na dieta, consumo de frutas, vegetais, legumes, baixo teor de gorduras saturadas, praticar exercícios físicos, abandonar o fumo, consumir com moderação álcool e manter o peso ideal.

Além destas práticas é necessário a busca frequente aos SS, porém observa-se no Gráfico 2 uma realidade longe de ser atingida, haja vista apenas 32% procuravam regularmente as Unidades de Saúde (US) para medir os níveis da PA, refletindo o hábito cotidiano dos homens, de só buscar atenção quando estão com sintomas de

alguma doença ou quando o problema já está em fase crítica, necessitando sua atenção.

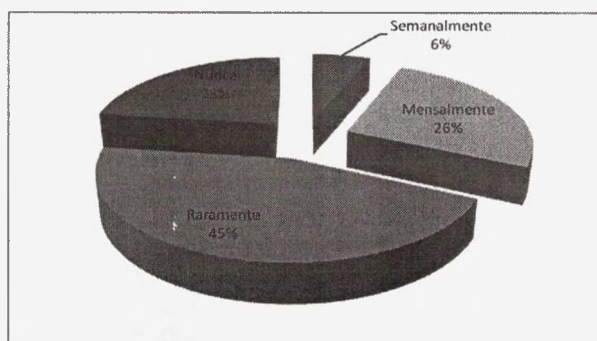


Gráfico 02 - Frequência com que os homens procuram as Unidades de Saúde para medir os níveis de pressão arterial.

Fonte: Própria Pesquisa.

O contingente de 68% que não frequentavam a US regularmente reforça a mesma realidade encontrada em pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Uma situação que só poderá ser modificada com a retirada da PNAISH do papel, e com sua efetivação na prática, a partir do esforço coletivo de profissionais e gestores.

Segundo Dias (2010), a cultura masculina reforça a noção de invulnerabilidade, levando esses indivíduos a emitirem comportamentos de risco e poucas práticas preventivas. O Ministério da Saúde (Brasil, 2008) e Pinheiro; Couto (2008) destacam que, associadas a tudo isso, se encontram fortalecidas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, e da manutenção do poder, recusando-se a admitir dor ou sofrimento, negando fraquezas e mantendo o controle emocional.

A busca de respostas aos seus problemas é feita, normalmente, através da solicitação de exames, cuja finalidade é avaliar, acompanhar, monitorar e auxiliar diagnóstico. No estudo houve a ocorrência destas solicitações (gráfico 3), porém a ênfase foi para o de fezes (38%) e urina (23%), que não avaliam as funções do sistema circulatório como é o caso do colesterol (23%) e eletrocardiograma (ECG) (3%).

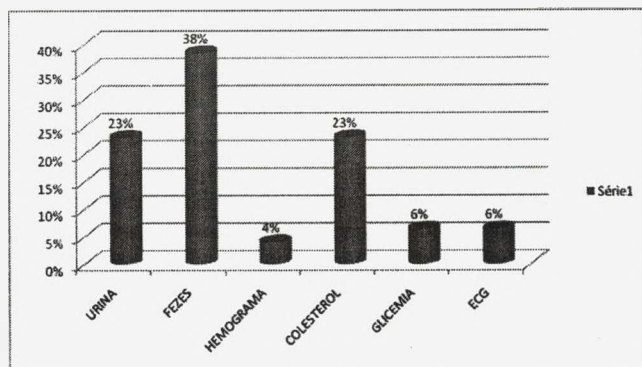


Gráfico 03. Tipos de exames mais realizados pelos homens participantes da pesquisa

Fonte: Própria Pesquisa

A baixa periodicidade de realização de exames laboratoriais, estava associada à frequência da sua procura às Unidades de Saúde para monitoramento rotineiro, que tem como agravante do próprio usuário informar ao profissional o exame que quer, e este último por sua vez atender ao pedido do usuário sem contextualizar o pedido.

Para Magalhães et al. (2010), a avaliação complementar é orientada para detectar lesões clínicas ou subclínicas com o objetivo de melhor estratificar o risco cardiovascular. Diante disso, a solicitação de exames tem que estar respaldada por uma atitude responsável e o desejo de identificar, rastrear ou monitorar agravos, servindo desta forma também como função preventiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial (HA) é considerada um dos grandes problemas da saúde pública, tendo como grupo mais incidente o masculino, servindo para evidenciar a exposição do homem aos principais fatores de risco, como o tabagismo, etilismo, alimentação inadequada e a falta de medidas preventivas para evitar o desenvolvimento da doença.

A pouca procura dos homens aos SS, mesmo existindo a PNAISH cujas diretrizes e estratégias favoreceram o acolhimento do homem nos serviços, faz com que a hipertensão encontre neste

gênero condições propícias ao seu desenvolvimento e projete um cenário epidemiológico pouco promissor.

O comportamento dos homens diante do processo saúde/doença está ligado às práticas curativas, influenciados pela falsa sensação de invulnerabilidade construída a partir do padrão de masculinidade presente em nossa sociedade, que associada às suas atividades laborais, ponto central de sua existência, formam fatores agravantes, para a pouca busca pelos SS, deixando-os mais expostos ao risco de adoecer.

O grupo de estudo foi relativamente jovem, apresentou reduzido conhecimento e entendimento sobre a HA, se alimentava de forma inadequada, sem preocupar-se com o sal, abusava da bebida alcoólica, não procurava as USF para aferição dos níveis de PA e não realizava exames de rotina periódicos. Associadas, estas condições os colocavam como grupo de risco e vulnerável à instalação da HAS.

Para transformar esta realidade sugere-se a priorização de ações preventivas para o homem saudável, através da criação de espaços que permitam a formação de grupos, realização de rodas de conversa, para que pela troca de experiência seja possível inserir este contingente populacional nos SS, e com isso, possibilitar o acesso às atividades que já são realizadas, a exemplo das palestras, e desta forma, utilizando como suporte a mídia local, ressaltar a importância das medidas de prevenção e o despertar de uma nova consciência sobre a doença.

Com a junção destas propostas, atrelada a uma mudança de prática pelos profissionais de saúde, e de uma reorganização gerencial, é possível contribuir significativamente para o entendimento de que o ser homem é tão frágil quanto o ser mulher, e merece ser alvo de ações que o tire da área de risco, e possa levar à construção de um novo perfil epidemiológico para a hipertensão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf> Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Brasília, 2006a. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:t_DjfrzC6s4J:www.prosaud.org/publicacoes/diversos/cad_AB_CRONICAS.pdf> Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf> Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos.** Resolução n 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <www.fmb.unesp.br/etica_pesquisa/docs/resolucao_196.pdf> Acesso em: 10 jul. 2012.

CONTEIRO, A. P.; POZATI, M. P. S. et al. Idoso com Hipertensão Arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 62-70, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4227/6564>> Acesso em: 10 jul. 2012.

DIAS, F. R. S. **Saúde do Homem: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde.** Monografia – Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Ciências da Vida. Cajazeiras, 2010.

FÍGOLI, M. G. B. Evolução da educação no Brasil: uma análise das taxas entre 1970 e 2000 segundo o grau da última série concluída. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 129-150, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a08>> Acesso em: 10 jul. 2012.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012.

GRAVINA, C.F; GRESPAN, S.M; BORGES, J.L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de**

Hipertensão, São Paulo, n.1, v.14, p.33-36. 2007. Disponível em: <www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/idoso133.pdf> Acesso em: 12 ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo demográfico 2010**, Tabela Estimativas das Populações Residentes. Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf> Acesso em: 10 jul. 2012.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em capital Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Goiânia, v. 22, n. 4, p. 452-457, 2006. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2007/8804/pdf/8804015.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012.

LOPES, P. C. et al. Hipertensão mascarada. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 201-205, 2008. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/07-artigo-revisao%20.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**[online], Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 335-34, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012.

MAGALHÃES, M. E. C. et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 93-97, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/08-prevencao.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012.

MION JUNIOR, D. (coord.). Epidemiologia da Hipertensão. In: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf> Acesso em: 10 jul. 2012.

NOBRE, F. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-64. 2010. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/iv_diretrizes_hipertensao_arterial.pdf> Acesso em: 10 jul. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Doenças Crônicas Degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf> Acesso em: 10 jul. 2012.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Revista Cadernos de História da Ciência**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 53-67, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/chci/v4n1/a04v4n1.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012.

SANTOS, Z. M. S. A; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, n.1, v.17, p. 90-97, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/tce/v17n1/10.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012.

ZAITUNE, M. P. A, et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n2/06.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2012.

CAPÍTULO 4

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HANSENÍASE: DIFICULDADES E DESAFIOS DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Amanda Oliveira da Silveira Marques Dantas
Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
Fernanda Avelino Félix
Tamilles Cristina Lopes da Silva
Thaiany Batista Sarmiento de Oliveira

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, com alta infectividade e baixa patogenicidade, causada pelo bacilo álcool-ácido resistente parasita intracelular obrigatório¹, o *Micobacterium Leprae* que acomete, predominantemente, nervos periféricos e, secundariamente, pele e mucosas (GOMES; FRADE; FOSS, 2007).

De acordo com Borenstein et al. (2008), desde meados da década de 1980, com a implementação da poliquimioterapia (PQT), preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), esforço global tem sido empregado com o objetivo de eliminar a doença. No entanto, apesar do empenho, o Brasil ainda ocupa o primeiro lugar no mundo em números de casos novos detectados e o segundo em números absolutos, posição considerada lastimável, uma vez que a hanseníase encontra-se erradicada em países de primeiro mundo.

Com o propósito de ampliar e intensificar as estratégias de controle da doença, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), através da Portaria Ministerial nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000, orienta sobre a implantação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) na Atenção Básica de Saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), com vistas à redução da morbidade da doença para menos de 1/10.000 habitantes, objetivando detectar precocemente novos casos, evitar a transmissão da doença em menores de 15 anos de idade e diminuir danos

¹ Artigo extraído da monografia “Diagnóstico e tratamento precoce dos casos de hanseníase: dificuldades apontadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família”. Curso Bacharelado em Enfermagem. UFCG, campus Cajazeiras. 2011.

causados pela doença, incapacidades físicas e psicossociais (BRASIL, 2006).

Dias; Pedrazzani (2008) apontam que a melhor estratégia para o controle da doença, o diagnóstico precoce e a melhoria na qualidade do atendimento ao portador da hanseníase é a integração dos programas de controle da doença na rede básica de saúde, facilitando o acesso ao tratamento, à prevenção de incapacidades e à diminuição do estigma e da exclusão social. Destarte, o profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro, deve deter de percepção epidemiológica para operacionalizar tais ações.

As atividades de diagnóstico e tratamento da hanseníase quando desenvolvidas precocemente garantem a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção das incapacidades físicas. No entanto, Arantes et al. (2010) referem que o diagnóstico em parte dos estados do país, ainda, é tardio, cerca de um a meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas. A busca tardia de atendimento nos serviços de saúde, a desinformação sobre sinais e sintomas, atendimento e/ou profissionais capacitados para detectar a doença, podem ser fatores que influenciam o diagnóstico tardio. Assim, no Brasil, 5,7% das pessoas que descobrem ter hanseníase apresentam lesões sensitivas e/ou motoras, deformidades que poderiam ser evitadas.

Ao considerar a eficácia do diagnóstico precoce e o tratamento adequado no controle e redução dos índices de detecção e prevalência da hanseníase, surgiram os questionamentos norteadores do estudo: em que consiste o diagnóstico e tratamento da hanseníase nas Estratégias Saúde da Família do município de Sousa? Quais as principais dificuldades dos profissionais enfermeiros para diagnosticar precocemente e tratar adequadamente os portadores de hanseníase cadastrados nessas unidades?

A partir da inserção contextual desta pesquisa, espera-se contribuir com enfermeiros e gestores municipais de saúde, no sentido de favorecer reflexões acerca das práticas, com vistas ao planejamento e à implementação de ações objetivas e efetivas no diagnóstico e tratamento de portadores de hanseníase, conservando-os no convívio social, sem incapacidades e deformidades, além de interromper a cadeia de transmissão da doença.

Logo, o estudo objetivou primordialmente descrever as principais dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais enfermeiros para diagnosticar precocemente e tratar adequadamente os portadores de hanseníase cadastrados em Estratégias de Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido nas ESF localizadas município de Sousa, situado no Alto-Sertão Paraibano, com população estimada em 2010 de 65.930 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2010).

A região administrativa sanitária tem 26 ESF, destas, 19 estão localizadas na zona urbana e as demais na zona rural. Em cada unidade existe uma equipe composta por aproximadamente 12 profissionais que assistem a uma área adscrita de 800 até 3.120 pessoas.

A primeira equipe foi implantada em 2002 e em cada uma delas atuavam um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar em consultório dentário, um técnico em enfermagem, um atendente e seis agentes comunitários de saúde, podendo variar esse número, conforme a sua área e população adscrita. Esse município é responsável por aproximadamente 15% do total dos casos de hanseníase notificados no estado.

A população e amostra foram compostas pelos enfermeiros que atuavam nas unidades citadas, perfazendo um universo de 26 profissionais, os quais foram escolhidos intencionalmente. Como critérios de inclusão foram selecionados profissionais independentes do sexo e da idade, atuantes há pelo menos seis meses na unidade de saúde e que concordaram em participar livremente do estudo após esclarecimentos éticos.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário semiestruturado, com 13 questões subjetivas e nove objetivas, sendo dividido em duas partes, na qual a primeira correspondia à caracterização da amostra através das variáveis sexo, idade, estado civil, especialização, curso de capacitação na área de hanseníase, tempo de formação acadêmica e tempo de atuação na

unidade. Na segunda parte, os enfermeiros foram indagados sobre as ações de diagnóstico e tratamento, bem como dificuldades no manejo ao portador de hanseníase.

Em respeito aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução N.º 196, de 10 de outubro de 1996, a coleta de dados foi realizada de maio a junho de 2011, de acordo com os dias e horários disponibilizados pelos participantes, tão logo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), conforme número 0.180.0.133.000-11.

Ao término da coleta, os questionários foram transcritos e os discursos codificados e analisados através da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2009), bem como através de cálculos de estatística simples, como frequência e porcentagens.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os principais resultados revelaram perfil de profissionais enfermeiros adulto-jovens, com idades entre 29 e 34 anos (50%), a maioria do sexo feminino (92%), casada (62%), seguidores da doutrina católica (78%), formados entre um e cinco anos (58%), com título de especialistas nas mais diversas áreas da enfermagem (92%), atuantes na ESF entre sete meses e três anos (65%), com renda familiar variável entre dois e cinco salários mínimos (50%) e acima de cinco salários mínimos (50%) nacionais vigentes.

Verificou-se um perfil de enfermeiros adulto-jovens, ressaltando a relevância das vivências adquiridas no decorrer dos anos por parte dos profissionais, pois as instituições objetivam na contratação de recursos humanos, basicamente, conhecimento, habilidade e disponibilidade para as atividades.

Conforme Ferreira; Kurcgant (2009), o número de profissionais de saúde vem aumentando de maneira assídua, uma vez que os jovens buscam mais esta área para exercerem suas funções e idealizações. Destaca também que a predominância do sexo feminino na profissão possui raízes históricas e, apesar da crescente participação do sexo masculino, as mulheres representam a realidade desta categoria, desenvolvendo desde os tempos medievais o cuidado

ao doente, às crianças e às parturientes, associando essas atividades ao trabalho doméstico.

A despeito de a maioria dos participantes deste estudo possuir especialização, ainda assim, é inquietante uma pequena parcela de enfermeiros não apresentá-la, haja vista as facilidades no ingresso aos cursos de pós-graduação, como a oferta, preços acessíveis, carência de testes de seleção, pós-graduação em finais de semana ou até mesmo a distância. A pós-graduação pode aperfeiçoar a assistência ao usuário, como também amenizar as fontes de estresse, porque o conhecimento pode gerar maior domínio na atuação.

Com relação à capacitação na área da hanseníase, 54% dos enfermeiros foram capacitados tecnicamente através de cursos específicos, o que constitui fator positivo para atuação nas ações de eliminação e controle da hanseníase, tendo em vista que o aprimoramento das funções deve ser diário, para assim enfatizar a contribuição profissional, educacional e científica na promoção e manutenção da saúde, em harmonia com os outros profissionais, visando obter resultados eficazes no que diz respeito à saúde global do indivíduo. No entanto, é preocupante a prevalência significativa de profissionais (46%) que não realizam cursos relevantes no âmbito da confirmação diagnóstica e do acompanhamento dos pacientes em uso da PQT.

A ausência de capacitação técnica não os torna despreparados ou insensíveis à problemática, porém é uma variável que pode interferir diretamente na assistência prestada ao portador de hanseníase, uma vez que o diagnóstico precoce é mais facilmente feito, por profissionais de saúde experientes, minuciosos, com conhecimentos amplos, atualizados e com embasamento científico aliado às práticas e ao trabalho em equipe, conforme elucidado por Freitas et al. (2008).

Carvalho Filho; Santos; Pinto (2010) evidenciaram que parte dos enfermeiros estão sensibilizados com a doença, mas reconhecem não possuir capacitação, nem se sentem seguros para realizar suspeição diagnóstica ao portador de hanseníase, uma vez que suspeitar da doença, cuidar de maneira competente desses usuários, implica ter amplos conhecimentos sobre a patologia (anatomia e fisiologia) e como lidar com aspectos psicossociais tão presentes na vida dos doentes.

O Ministério da Saúde ratifica que a capacitação de profissionais que desenvolvem a assistência ao portador de hanseníase compõe um dos resultados esperados com o desenvolvimento do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil, a fim de erradicar a doença e sustentar tal controle. A operacionalização do programa de controle da hanseníase requer formação do enfermeiro, com conhecimentos, habilidades e atitudes condizentes à prática clínica e gerencial em hanseníase, compatível com as necessidades de saúde do cliente, da família e comunidade (BRASIL, 2006).

Atualmente, a maioria (58%) dos enfermeiros não realiza acompanhamento de paciente, 34% fazem acompanhamento de um paciente, enquanto outros 8% assistem dois portadores na unidade. Esta realidade quiçá figura-se no município em estudo, devido ao pequeno quantitativo (13) de pacientes cadastrados e em acompanhamento até a realização desta pesquisa, mediante população de quase 66 mil habitantes, sendo considerado município de baixa endemicidade em casos da doença.

Quando abordados sobre quem realizava o diagnóstico da hanseníase na unidade, 58% dos participantes afirmaram que era desenvolvida por médico e enfermeiro, concomitantemente, 34% destacaram que o médico o realizava e 8% confirmaram fazê-lo sozinhos.

Buscou-se conhecer com os enfermeiros como era realizado esse diagnóstico. Mencionaram que tal atividade consistia na anamnese através do exame clínico, testes dermatoneurológicos, encaminhamento dos pacientes após suspeição da doença ao centro de referência para realização da baciloscopia e avaliação dos comunicantes. Tal afirmação pode ser percebida nas falas abaixo:

“O diagnóstico é feito através do exame físico, teste de sensibilidade térmico, tátil nas áreas com lesões. Detectado alguma alteração, o paciente é encaminhado ao centro especializado para realizar baciloscopia, se confirmado o paciente retorna à Unidade para começar tratamento supervisionado. E vamos vacinar e examinar os comunicantes.” (Enfermeiro 3)

“É principalmente clínico, por meio de exame dermatoneurológico para avaliar a perda da sensibilidade em uma ou mais lesões de pele e/ ou espessamento de nervo periférico mais a baciloscopia.” (Enfermeiro 9)

Segundo Margarido; Rivitti (2007), o diagnóstico clínico da hanseníase se baseia nos exames dermatológico e neurológico, pesquisa de nervos periféricos, à procura de espessamentos; seguido das provas de sensibilidade superficial; da histamina ou pilocarpina. Nos estudos de Carvalho Filho; Santos; Pinto (2010), os enfermeiros também elucidaram a palpação dos nervos periféricos nos membros superiores e inferiores como relevante no diagnóstico precoce da hanseníase.

Nesse sentido, os achados deste estudo são convergentes com a literatura, uma vez que enfermeiros reconheceram que o diagnóstico clínico da hanseníase pode ser determinado através da anamnese e do exame físico minucioso, posteriormente deve ser realizado também o diagnóstico laboratorial e diferencial. Contudo, vale ressaltar que se faz necessário o encaminhamento dos casos suspeitos à Policlínica Miriam Benevides Gadelha, centro de referência no município, devido a não realização da baciloscopia na unidade de saúde.

Lembra-se, também, que quando a única manifestação clínica for neural - espessamento e/ou perda de sensibilidade, e/ou alteração motora (forma neural pura), o diagnóstico deverá ser feito e confirmado pelo serviço de referência.

Outros enfermeiros, no entanto, enfatizaram que o diagnóstico da hanseníase era procedido através da avaliação da lesão e dos comunicantes, por meio do exame epidemiológico ou mesmo encaminhando os pacientes ao médico, o que demonstrou limitação de conhecimentos acerca da temática.

“O diagnóstico é feito através da anamnese da lesão e dados de comunicantes nos últimos dois anos.” (Enfermeiro 10)

“É através da história e das condições de vida do paciente, como também, do exame epidemiológico.” (Enfermeiro 6)

“Se há mancha característica da doença encaminho para o médico avaliar e diagnosticar. Se ele tiver dúvida, é referenciada a consulta especializada com dermatologista.” (Enfermeiro 21)

A não realização de testes para suspeita diagnóstica sugere a existência de dificuldade para a realização da consulta de enfermagem dirigida aos doentes e seus comunicantes. Assim, é preconizado ao enfermeiro, dentre outras atribuições, realizar avaliação clínica dermatoneurológica simplificada, avaliar estado de saúde do indivíduo e preencher formulários do sistema de informação em hanseníase.

Carvalho Filho; Santos; Pinto (2010) evidenciaram, também, que profissionais citaram como única conduta de enfermagem frente a uma suspeita diagnóstica o encaminhamento para a consulta médica. Com isso, percebe-se variabilidade no conhecimento de enfermeiros em relação ao diagnóstico da hanseníase, uma vez que investigam o histórico do paciente, realizam avaliação dermatoneurológica, testes e, havendo suspeição diagnóstica, encaminham o paciente ao médico da unidade ou a equipe especializada para confirmação laboratorial.

Em relação à investigação epidemiológica, esta se configura não como um exame determinante no diagnóstico da hanseníase, mas como etapa posterior ao mesmo, no qual o profissional deve procedê-la, procurando identificar a fonte de contágio do doente, descobrir novos casos da doença entre as pessoas que convivem com ele no mesmo domicílio (contato intradomiciliares) e prevenir a contaminação de outras pessoas. Os contatos intradomiciliares devem ser submetidos ao exame dermatoneurológicos, pois são mais propensas as contaminações do que a população em geral (BRASIL, 2006).

Com isso, percebe-se uma variabilidade no conhecimento dos enfermeiros em relação ao diagnóstico da hanseníase, uma vez que alguns investigam o histórico do paciente, realizam avaliação dermatoneurológica, testes e havendo suspeição diagnóstica encaminham o paciente ao médico da unidade ou a equipe especializada para confirmação laboratorial.

Em buscar por melhor caracterizar a prática do enfermeiro no diagnóstico da hanseníase, os participantes foram questionados

acerca da preparação técnica-científica na realização da atividade. Desta forma, 58% dos mesmos afirmaram estar preparados para diagnosticar um caso de hanseníase, enquanto outros 42% admitiram não possuir tal habilidade ou preparação, fato que pode estar relacionado à insuficiência de cursos de capacitação na área.

Entre os motivos pelos quais parte significativa da amostra revelou possuir dificuldade no diagnóstico da doença, ressaltam-se in experiências anteriores e capacitação na área específica.

“Por não ter experiências anteriores e por nunca ter participado de treinamentos sobre hanseníase, o que gera insegurança.” (Enfermeiro 6)

“Muitas vezes o profissional sente-se incapacitado por falta de experiências anteriores, ou até esquecimento, o que torna o diagnóstico demorado.” (Enfermeiro 11)

Há desconhecimento e inexperiência de profissionais de saúde acerca da doença, fazendo com que o diagnóstico seja demorado, acarretando consequências para o portador de hanseníase. Reitera-se, assim, carência de capacitação profissional na detecção da hanseníase, devido a não atualização sobre o assunto, inexperiência teórica e prática.

Helene et al. (2008), em estudo desenvolvido em nove municípios do Estado de São Paulo, evidenciaram a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para identificar os sinais e sintomas da hanseníase. Com isso, percebeu-se que a carência de capacitação é uma realidade não somente dos enfermeiros deste estudo, mas de outros em diversos Estados brasileiros.

Carvalho Filho; Santos; Pinto (2010) reforçam a afirmativa ao relatarem em estudos que uma das dificuldades apontadas pelos enfermeiros para diagnosticar a hanseníase diz respeito a não capacitação e treinamentos na área, o que proporciona sentimento de impotência diante dos problemas enfrentados, refletindo negativamente na qualidade do atendimento prestado ao portador de hanseníase. Urge, portanto, capacitação continua nos serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, os profissionais que atuam na rede primária de saúde devem estar atentos para realizar a suspeição diagnóstica da hanseníase. Profissionais de saúde devem estar capacitados a identificar sinais e sintomas da doença, na comunidade em geral ou em grupos (BRASIL, 2007).

Estudos demonstram que muitas vezes, os portadores reconhecem que o desconhecimento e inexperiência técnico-científica de profissionais acarretam prejuízos no diagnóstico e tratamento da doença (NEVES; RIVEMALES, 2010). Com isso, torna-se relevante enfatizar a necessidade da continuação da educação permanente de profissionais da atenção básica, visto que, quanto mais capacitado estiver o profissional de saúde, melhor será a assistência às necessidades básicas da clientela específica.

Outros enfermeiros, no entanto, citaram a escassez de recursos materiais, como o motivo responsável pela dificuldade no diagnóstico precoce da hanseníase.

*“Mais do que o conhecimento limitado é o material insuficiente.”
(Enfermeiro 1)*

*“Falta de material necessário para os testes de sensibilidade.”
(Enfermeiro 26)*

O ambiente de trabalho deve ser espaço que venha ao encontro da prestação de assistência de qualidade por profissionais, porém, onde não há recursos materiais suficientes o trabalho não é realizado de modo eficaz.

A privação de condições de trabalho não é realidade para o diagnóstico da hanseníase. Beck et al. (2009) relatam que a carência de materiais, estrutura física inadequada e escassez de recursos humanos são fatores que dificultam a realização do cuidado humanizado.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado da hanseníase permitem que se obtenha a cura da doença, sem sequelas (incapacidades físicas e sociais). Para isto, é de suma importância que o profissional de saúde tenha subsídios (recursos) que facilitem identificar, diagnosticar e tratar a hanseníase (CARVALHO FILHO; SANTOS; PINTO, 2010).

Campos; Malik (2008) consideram ainda que o fator de destaque que motiva o profissional a abandonar uma organização é o grau de insatisfação com o desempenho de sua função. O descontentamento é geralmente causado pela ausência de materiais para realização do trabalho, ambiente físico inadequado, com ênfase para falta de capacitação.

Evidencia-se, portanto, a necessidade de investimento local por parte dos gestores municipais de saúde na aquisição de materiais de consumo necessários e indispensáveis para realização da suspeição diagnóstica de caso de hanseníase através do exame dermatoneurológico.

Outra dificuldade enfrentada pelos enfermeiros no diagnóstico precoce corresponde a não adesão de pacientes à unidade de saúde.

“Um das principais dificuldades é o paciente que não procura o serviço de saúde por não saber sobre a doença ou para escondê-la...” (Enfermeiro 3)

“Convencer o paciente que ele precisa procurar o médico e realizar alguns exames.” (Enfermeiro 18)

A adesão, por sua vez, pode ser entendida como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do profissional de saúde, ou como fenômeno sujeito à influência de fatores que interferem diretamente o paciente, tais quais, condições sociais, econômicas, culturais e psicológicas, natureza da doença, relacionamento entre paciente e profissionais de saúde, bem como outras características intrínsecas do próprio ser (DEWULF et al., 2006).

Para maior adesão do paciente ao tratamento da hanseníase, faz-se necessário o trabalho de equipe multidisciplinar, uma relação íntima entre o profissional e o doente com o objetivo de fornecer apoio e esclarecer dúvidas, criando vínculo com este e sua família.

A demanda elevada no atendimento aos usuários foi apontada pelos enfermeiros como problema em diagnosticar precocemente os portadores de hanseníase, uma vez que alegam a pouca disponibilidade de tempo para realizar a busca ativa ou o exame clínico.

“A principal dificuldade é porque a demanda de atendimento é grande e às vezes o paciente passa pelo médico e não foi examinado da forma que é para ser...”(Enfermeiro 9)

“A demanda é grande na UBS, não dá tempo de realizar busca ativa e a população mal informada também não chega a Unidade com queixas.”(Enfermeiro 18)

Alguns autores acreditam na potencialidade do acolhimento para reorganizar os serviços de saúde, apesar das dificuldades apontadas na literatura: falta de recursos humanos para operacionalizá-lo, excesso de demanda, falta de interesse dos profissionais, falta de articulação da equipe, postura não acolhedora, sobrecarga do trabalho do enfermeiro, manutenção do modelo médico-centrado e resolutividade inferior à esperada (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Para Rocha (2006), o acolhimento é visto como um dos instrumentos que compõem o processo de trabalho em saúde, sendo fundamental para operacionalizar a acessibilidade da clientela. Com um sistema de acolhimento bem sucedido, o fluxo de atendimento poderia ser racionalizado, a demanda ambulatorial no pronto atendimento seria reduzida, o número de pessoas que circulariam desorientadas pela unidade diminuiria, a satisfação do cliente aumentaria e o ambiente de trabalho ficaria mais harmonioso.

Ademais, além do acolhimento, Santana (2011) identifica outra ferramenta para lidar com a demanda espontânea, qual seja, o planejamento dos serviços de saúde através do Planejamento Estratégico Situacional (PES), utilizada no gerenciamento desses serviços como um método de resolução de problemas detectados na realidade, confrontados com um padrão considerado não adequado ou não tolerável e que motivam os atores sociais a enfrentá-los. De modo geral, o planejamento contribui para a identificação de potencialidades e fragilidades na implementação da Atenção Básica, além de favorecer a construção de intervenções positivas nesse acompanhamento, voltadas para melhorias do cuidado e da gestão.

A não utilização do planejamento estratégico para resolver os problemas da unidade pode gerar outros problemas: baixa qualidade

na assistência sob a ótica do usuário, desgaste da equipe e do gerente, excesso de reclamações, divergências entre o que a equipe e o usuário consideram importantes e, para o caso da condução da demanda espontânea, a crença de que a manutenção da inércia local dê conta da acessibilidade para toda a população que é de direito e garantida em lei (SANTANA, 2011).

Realizar o diagnóstico diferencial da hanseníase é um desafio não somente para os enfermeiros do presente estudo, mas enfermeiros diversos.

“A dificuldade maior é em relação a uma fundamentação técnica mais precisa para realizar diagnóstico diferencial.”(Enfermeiros 21)

“Diferenciar as manchas características da hanseníase com outras doenças dermatológicas.”(Enfermeiro 02)

O Ministério da Saúde chama atenção para o diagnóstico diferencial da hanseníase, pois se devem levar em consideração as manifestações dermatológicas, neurológicas, doenças deformantes e doenças sistêmicas nos períodos reacionais, atentando principalmente para leishmaniose, micose fungóide, dermatite seborréica, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Jorge Lobo, sarcoidose, dermatofitose, eczemátide, vitiligo, pitiríase versicolor (BRASIL, 2006).

Destarte, confirma-se a necessidade de instrumentalizar constantemente os enfermeiros e demais profissionais que atuam na atenção básica sobre os mais importantes e atualizados conhecimentos para a abordagem do paciente de hanseníase, para realizar o diagnóstico diferencial e precoce, vigilância de contatos, prevenção de incapacidades físicas, ministrar tratamento e realizar acompanhamento do paciente e realização de atividades educativas para a população em geral.

Quando questionados sobre como é realizado o tratamento do paciente com hanseníase, os profissionais afirmaram tratá-los com poliquimioterapia (PQT), conforme preconiza o Ministério da Saúde do Brasil.

Vale ressaltar que 69% dos enfermeiros afirmaram não possuir dificuldades para assistir o paciente durante o tratamento. Contudo,

31% revelaram possuir dificuldades no manejo desses indivíduos, insegurança em dar alta hospitalar por cura após a conclusão do tratamento.

"No dia do início do tratamento não tenho dificuldade, faço o acompanhamento conforme é recomendando pelo SUS. Após passar seis meses não tenho segurança para dar alta ao paciente."(Enfermeiro 9)

"Tenho medo de dar alta ao paciente e dele não ter tomado os medicamentos como devia e a doença aparecer novamente."(Enfermeiro 16)

Sobre a alta por cura, o Ministério da Saúde esclarece que essa é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico e se, por algum motivo, houver interrupção da medicação, poderá ser retomada em até três meses em caso de paucibacilar e em até seis meses em casos de multibacilar (BRASIL, 2006).

Essa insegurança pode estar relacionada à escassez de treinamentos, in experiências anteriores ou até mesmo a baixa prevalência de casos novos na área. Quanto à ausência de treinamentos, Ferreira; Kurck (2009) afirmam que os enfermeiros buscam por justificar falhas profissionais, atribuindo-as a inúmeros fatores, no entanto, estes mesmos não buscam pela capacitação continuada, restringindo-se ao conhecimento adquirido ora na instituição formadora, ora em palestras de atualização, quando acontecem, promovidas pelos gestores.

Outra dificuldade dos enfermeiros em acompanhar os portadores em uso da PQT consiste na resistência destes em aderir adequadamente ao tratamento.

"A única dificuldade é se o paciente é do sexo masculino e se for adepto de álcool, dá muito trabalho, pois os mesmos são de difícil tratamento."(Enfermeiro 13)

“Falta de compromisso do próprio paciente, não comparecendo às consultas se recusando em tomar o medicamento diariamente e a frequentar o serviço de saúde para a dose mensal.”(Enfermeiro 25)

Segundo o ministério da Saúde, o abandono ao tratamento é um obstáculo a ser superado, uma vez que no Brasil, em média 18% dos doentes abandonam o tratamento antes de completá-lo, o que tem como causas principais a má organização interna e a baixa cobertura dos serviços, obrigando o paciente a grandes esperas e deslocamentos na busca de um serviço para o seu diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2006).

No caso de paciente com diagnóstico de hanseníase, a não aceitação do uso da PQT influencia a continuidade da corrente de transmissibilidade da doença. Logo, frente à resistência do paciente ao tratamento, o enfermeiro deve embasar-se de argumentos persuasivos para que este inicie e siga-o adequadamente, evitando através de visitas domiciliares, o abandono ou não cumprimento efetivo do mesmo.

Para Luna et al. (2010), após a detecção da doença, a adesão ao processo terapêutico ou não, é fundamental mudança no estilo de vida, com adoção de hábitos saudáveis, sendo parte integrante do plano de cuidados, muitas vezes não compreendido pelo paciente. A adesão ao tratamento integral da hanseníase exige que o paciente assuma compromissos, pois consiste em um processo que depende de três fatores: percepção da importância dos objetivos a atingir, probabilidade de que a ação levará ao objetivo e esforço requerido.

Arantes et al. (2010) citam que a ingestão da medicação por longos meses é um dos fatores que contribui para o abandono e a irregularidade do tratamento dos portadores da hanseníase. Logo, os serviços de saúde devem envolver os familiares no controle e tratamento dos doentes, despertando-lhes para a responsabilidade do autocuidado, cobrança da assiduidade dos retornos médicos, controle dos contatos e prevenção das lesões.

Envolver a família no acompanhamento do tratamento é fundamental, pois contribui para que familiares, amigos e, sobretudo, sociedade em geral, percebam o doente não como algo a ser temido ou ser meramente portador de necessidades médicas, mas como ser

dotado de necessidades *biopsicosocioespíritual*, cujos sentimentos, valores e direitos humanos devem ser respeitados.

A maior preocupação da equipe de saúde da ESF durante o período de tratamento do portador de hanseníase é com o tratamento medicamentoso e a prevenção de incapacidades físicas. Há insuficiente abordagem de questões relativas aos sentimentos e ao relacionamento social e familiar desse portador (FREITAS et al., 2008).

Neves; Rivemales (2010) consideram que no tratamento da pessoa portadora de hanseníase, enfermeiro e demais profissionais da rede básica de saúde devem considerar a fragilidade psicológica do doente e seus familiares e oferecer assistência humanizada, pautada na solidariedade e fraternidade, contando com a efetividade de suas participações.

Destarte, o enfermeiro deve orientá-los quanto à necessidade da regularidade do tratamento, uma vez que essa melhorará a adesão terapêutica. Deve, também, promover oportunidades para que discutam problemas em relação à hanseníase e ao seu tratamento.

A regularidade do tratamento específico é fundamental para seu êxito. Mais do que retornar ao posto para tomar as medicações sob a supervisão de um profissional, a presença regular no serviço de saúde é importante para acompanhamento contínuo da história de seu problema de saúde, de como está reagindo ao tratamento, das queixas, alterações e demais necessidades que possa apresentar (SILVA et al., 2009).

Ademais, percebe que a alta demanda no atendimento da unidade é variável que dificulta o trabalho do enfermeiro em relação ao diagnóstico da hanseníase, sobretudo, no acompanhamento minucioso do paciente em tratamento, contribuindo para o comprometimento da assistência oferecida.

“O pouco tempo, ou seja, muito trabalho na unidade e falta tempo para ir fazer acompanhamento domiciliar.” (Enfermeiro 5)

“Por ter muita burocracia para resolver, tem vezes que saio pra Secretaria e deixo o medicamento para a Técnica entregar ao paciente.” (Enfermeiro 22)

A demanda de serviços faz com que a enfermagem se distancie do seu objeto de trabalho, o homem, tanto no âmbito da assistência individual quanto na assistência coletiva (SILVA; MARQUES, 2004). Como relatado na fala de um participante, existe burocracia e pouca disponibilidade de tempo. Se o trabalho fosse realizado de modo humanizado e holístico, priorizando o usuário, se ocorresse a busca ativa para resgatar o doente que abandonou o tratamento e também investigação de novos casos, diminuiria o número de doentes, promoveria saúde, diminuiria preconceitos e romperia barreiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na assistência de enfermagem, busca-se a promoção de vínculo e confiança com o usuário, objetivando atenção humanizada e efetiva, concedendo prioridade à cura, através do acompanhamento e da supervisão no tratamento, além da prevenção de incapacidades. Estes aspectos foram enfatizados pelos profissionais, nos quais um dos principais problemas para a gestão dos serviços de saúde esteve relacionada aos recursos humanos, notadamente na qualificação da equipe.

Ao conhecer as dificuldades do profissional enfermeiro que atua na ESF, será possível questionar de que modo este poderá contribuir para a prática. Assim, é iminente proporcionar mudanças e condições para que o profissional de saúde possa suprir as necessidades de formação, educação permanente, para garantir atendimento qualificado e que atenda às necessidades dos assistidos, efetivando as políticas públicas de saúde.

Diante do exposto, é de suma importância a promoção, por parte dos gestores, de grupos de discussão científica, empreendendo sistema de educação continuada que estimulem a participação de enfermeiros em eventos e curso de especialização voltada à temática hanseníase. Havendo maior aplicabilidade dos recursos nesta área e investigação mais ostensiva das dificuldades dos profissionais que atuam na ESF tornar-se-á mais complacente o saneamento de quaisquer deficiências. Recomenda-se a articulação de gestores com os conflitos inerentes à produção de serviços, facilitando a

integralidade das ações, gerando assistência resolutiva e de qualidade,

É importante relatar a execução constante das ações de educação em saúde, e que estas sejam em caráter contínuo, como prática que aperfeiçoa a adesão ao tratamento e emancipação do portador de hanseníase, devido à superação de limitações estabelecidas pela doença. Destaca-se, também, a necessidade de implementar busca constante para a detecção de novos casos frente ao controle da hanseníase.

REFERÊNCIAS

ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2012.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BECK, C. L. C. et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 54-61, mar. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5102/6561>> Acesso em: 12 maio 2012.

BORENSTEIN, M. S. et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v. 61, n. esp, p. 708-712, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a09v61esp.pdf>> Acesso em: 12 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. *Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006 – 2010*. Brasília, DF: 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseníase_plano.pdf> Acesso em: 12 maio 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Governo do Distrito Federal. *Hanseníase: protocolo de*

atendimento. Brasília, DF: 2007. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00001230.pdf>> Acesso em: 12 maio 2012.

CAMPOS, C.V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev Adm Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-362, mar./abr. 2008. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-76122008000200007&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2012.

CARVALHO FILHO, R.; SANTOS, S. S.; PINTO, N. M. M. Hanseníase: detecção precoce pelo enfermeiro na atenção primária. **Rev Enferm Integr**, Ipatinga (MG), v. 3, n. 2, p. 606-620, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/12-hanseniasse-deteccao-precoce-pelo-enfermeiro-na-atencao-primaria.pdf> Acesso em: 12 maio 2012.

DEWULF, N. L. S. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Rev Bras Cienc Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000400013&Ing=en&nrm=iso> Acesso em: 21 ago. 2011.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas Públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 753-756, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a16v61esp.pdf>> Acesso em: 12 maio 2012.

FERREIRA, J. C. de O.; KURCGANT, P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 31-36, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a05v22n1.pdf>> Acesso em: 22 maio 2012.

FREITAS, C. A. S. L. et al . Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 757-763, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a17v61esp.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

GOMES, F. G.; FRADE, M. A. C.; FOSS, N. T. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **An Bras**

Dermatol, v. 82, n. 5, p. 433-437, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v82n5/a06v82n05.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

HELENE, L. M. F. et al. Organização de serviços de saúde na eliminação da Hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 744-752, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a15v61esp.pdf>> Acesso em: 12 maio 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais do município de Sousa-PB- 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

LUNA, I. T. et al. Adesão ao tratamento da hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 983-990, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/18.pdf>> Acesso em: 12 maio 2012.

MARGARIDO, L. C.; RIVITTI, E. A. Hanseníase. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

NEVES, I. S.; RIVEMALES, M. C. C. Leprosy x social exclusion: updating study. **Rev enferm UFPE Online**, v. 4, n. 1, p. 381-388, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/746>> Acesso em: 22 jan. 2012.

ROCHA, P. M. Avaliando a qualidade em Atenção Primária em Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, Florianópolis, v. 1, n. 4, p. 132-140, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/45>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Rev Bras Med Fam e Com**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 133-141, abr./jun. 2011.

Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/163>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

SILVA, E. M.; MARQUES, D. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 545-550, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500006> Acesso em: 22 maio 2011.

SILVA, F. R. F. da. et al. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 290-297, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/12.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

CAPÍTULO 5

CONHECIMENTO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES FALTOSOS SOBRE A HANSENÍASE²

Rayrla Cristina de Abreu Temoteo
Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Marilena Maria de Souza

INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença infectocontagiosa, de evolução lenta, tem nos contatos intradomiciliares, meios para a manutenção da endemia. A população, em geral, ainda é pouco informada sobre a mesma e suas formas de transmissão, o que favorece ao próprio indivíduo tornar-se um ser passivo diante do controle dessa doença (DESSUNTI et al., 2008).

Estudo realizado por Ferreira (2010), em contatos intradomiciliares de escolares doentes de hanseníase no município de Paracatu - MG -, entre os anos de 2004 e 2006, constatou que um dos principais motivos que levaram a não realização do exame dermatoneurológico, foi falta de informação por parte desses contatos.

A análise do desempenho de avaliação dos contatos é uma das formas de avaliar os serviços na aplicação das ações de controle da hanseníase (BRASIL, 2002). Além disso, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a participação das equipes de saúde da família na disseminação do conhecimento popular a respeito dos estágios iniciais da doença, como estratégia para colaborar no diagnóstico precoce da hanseníase, bem como, nas ações de controle (SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008).

No entanto, em relação ao desempenho na avaliação dos contatos, o Brasil vem mostrando um parâmetro considerado regular, muito próximo de precário, com pouco mais da metade dos contatos examinados (50,5%), no período compreendido de 2001 a 2007 (BRASIL, 2008). A região Nordeste apresenta, equivalentemente ao mesmo período, uma das piores taxas do país, com 47,6% desses

² Recorte do Trabalho de Conclusão de Curso "Hanseníase: investigação da não realização do exame dermatoneurológico em contatos intradomiciliares". (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, dezembro de 2011.

contatos examinados, parâmetro considerado precário pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) (BRASIL, 2012).

As três cidades da Paraíba que despontam com uma maior prevalência de hanseníase são Cajazeiras, Campina Grande e João Pessoa (BRASIL, 2009), revelando o caráter de urgência com que devem ser tomadas providências, como a implantação de ações de controle, nos municípios em questão.

A Área Técnica de Dermatologia Sanitária do MS e as secretarias estaduais e municipais de saúde encaminham documentos informativos sobre a doença para diversas entidades e meios de comunicação de massa, visando disseminar ao máximo os conhecimentos científicos atuais sobre a doença e diminuir os efeitos de informações inadequadas; bem como estimulam a produção de materiais de apoio que deem suporte ao processo educativo nas ações de controle da hanseníase (BRASIL, 2002).

O conhecimento de pessoas com hanseníase sobre a própria doença é rudimentar, expresso pela experiência e por sentimentos negativos, sendo que, algumas pessoas acometidas manifestam conhecimentos condizentes com a literatura, adquirido por meio da internet, livros e informações de profissionais, amigos e familiares. Porém, em geral, esse conhecimento pouco está relacionado com as informações fornecidas pelos profissionais de saúde (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

Os teóricos Piaget e Ausubel defendem que a organização e a estruturação do conhecimento do sujeito são determinadas por ele mesmo e pelas ações que este executa, considerando-o como parte ativa, atuante e essencial do processo de desenvolvimento da estrutura cognitiva e do processo de construção do conhecimento. Caso contrário, a construção dos conceitos não ocorre, não havendo aprendizagem, apenas transmissão de conhecimentos, desvinculados da realidade (OLIVEIRA; GUERREIRO; BONFIM, 2007).

No que se refere ao conhecimento de alunos do Ensino Fundamental sobre a hanseníase, estes autores constataram que a maioria não apresentou conhecimento sobre a forma de contágio, agente etiológico, e que, a partir do início do tratamento, o paciente deixa de transmitir a doença e não precisa isolar-se da família, demonstrando que ainda existe muita desinformação com relação à doença.

Vieira et al. (2008) encontraram um número significativo de contatos que recusaram a avaliação, o que os levou a inferir sobre o seu desconhecimento quanto à importância do controle, concluindo que, o exame dos contatos, aliado à informação efetiva da população sobre a doença, a busca ativa de novos casos e a educação permanente dos profissionais de saúde tornam-se estratégias importantes para o controle da hanseníase.

Frente ao exposto, diante da vivência no Programa de Controle da Hanseníase no município de Cajazeiras – PB, observou-se que poucos contatos intradomiciliares comparecem às Unidades de Saúde da Família (USF) para realização do exame dermatoneurológico. A pesquisa também se justifica diante da escassez de estudos com abordagem nos contatos intradomiciliares, e por ser considerado essencial que pessoas envolvidas com hanseníase tenham conhecimento sobre o assunto. O estudo propôs verificar o conhecimento dos contatos intradomiciliares faltosos, do município de Cajazeiras – PB, sobre a hanseníase.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, compreendido aos anos de 2010 e 2011; realizado em três USF do município de Cajazeiras - PB: São José / Posto de Assistência Primária à Saúde (PAPS), Sol Nascente e Amélio Estrela Dantas Cartaxo, pelo fato de possuírem o maior número de notificações da doença, nos últimos dois anos; como também, pelo fato da existência de um maior número de contatos intradomiciliares registrados (nos anos de 2009 e 2010) (SINAN – NET / Cajazeiras, 2011).

O município de Cajazeiras está localizado no Sertão Paraibano, a 477 quilômetros de sua capital, João Pessoa, e ocupa uma área de aproximadamente 586.275 km². Apresenta clima tropical quente. A população estimada, em 2010, era de 58.437 habitantes, com 47.489 (81,27%) na zona urbana e 10.948 (18,83%) na área rural (IBGE, 2012).

A população do estudo foi composta por 59 (cinquenta e nove) contatos intradomiciliares de casos de hanseníase notificados pelo município de Cajazeiras - PB, no período de 2009 a 2010, que foram

registrados nas USF, e que não realizaram o exame dermatoneurológico até o momento da coleta dos dados.

A amostra foi formada por 31 (trinta e um) contatos intradomiciliares de casos de hanseníase que concordaram em participar do estudo e que preencheram os critérios de inclusão: contatos não submetidos ao exame dermatoneurológico preconizado pelo PNCH (considerando como contato não examinado, aquele que não consta preenchido na ficha de controle de comunicantes à realização do exame dermatoneurológico); contatos que foram vacinados ou não com o Bacilo de Calmette-Guérin/Intradérmica (BCG/ID); contatos adolescentes (com quinze anos ou mais) e adultos que tiveram condições de estabelecer comunicação verbal e interpretação dos questionamentos.

Foram excluídos da amostra, os contatos intradomiciliares: residentes fora do município, no período que compreendeu a coleta de dados (mês de setembro); de casos de hanseníase encerrados por erro de diagnóstico; e que não foram registrados no prontuário.

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista, utilizando como instrumento de coleta de dados, um questionário estruturado, contendo dados de identificação sociodemográficos, situação vacinal e adoecimento do contato intradomiciliar e questões objetivas inerentes aos conteúdos sobre hanseníase: conceito, transmissão, prevenção e tratamento, as quais foram analisadas quantitativamente. Os dados obtidos foram agrupados e representados por meio de tabelas, com frequência e percentual, sendo analisados de forma descritiva, recorrendo à literatura pertinente.

Foram consideradas as diretrizes, normas e princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, contempladas na Resolução nº 196/96, decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em vigor no país, principalmente, o que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BRASIL, 1996).

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Projeto CAAE Nº 0387.0.133.000-11 e envio de ofício, contendo o parecer do Comitê, à Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, teve início o levantamento dos casos de hanseníase notificados pelas três USF no período de 2009 e 2010, por meio de dados inseridos no Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em seguida, foi feito um levantamento nos prontuários dos casos de hanseníase, para seleção dos contatos intradomiciliares registrados nas Fichas de Controle de Comunicantes.

Após levantamento dos contatos intradomiciliares, foram realizadas as visitas domiciliares, informando aos entrevistados os objetivos do estudo, leitura e assinatura do TCLE.

A coleta foi realizada em setembro de 2011, com os contatos intradomiciliares de hanseníase, nas suas residências, nos turnos da manhã e da tarde, de acordo com a disponibilidade de cada participante.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

CARACTERIZAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES (CI)

A pesquisa revelou que não houve diferença significativa entre sexo, pois dos 31 (trinta e um) entrevistados, 16 (dezesesseis) foram do sexo masculino e 15 (quinze) do sexo feminino; 16 (dezesesseis) tinham companheiro e 15 (quinze) não. Quanto à escolaridade, constatou-se que 16 (dezesesseis) dos participantes possuíam o Ensino Fundamental incompleto, 8 (oito) o Ensino Médio incompleto e 4 (quatro) auto intitularam-se, analfabetos.

Em relação à faixa etária, 12 (doze) dos entrevistados enquadraram-se à faixa etária de 15 (quinze) a 24 (vinte e quatro) anos; 7 (sete) tinham de 25 (vinte e cinco) a 44 (quarenta e quatro) anos e os demais acima de 44 (quarenta e quatro) anos. A respeito das atividades exercidas pelos contatos, encontraram-se as profissões: do lar e estudante (seis participantes em cada); atividades autônomas e aposentados (quatro participantes em cada); pedreiro e desempregado (três participantes em cada); bem como agricultor (dois participantes) e professor, caminhoneiro e comerciante (um em cada). Em se tratando de renda familiar mensal, identificou-se que 17 (dezesete) dos contatos viviam com 1 (um) a menos de 2 (dois) salários mínimos³, 6 (seis) relataram receber menos de 1 (um) salário

³ O salário mínimo vigente, no país, no momento da coleta de dados do estudo era de R\$ 545,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais).

mínimo e os demais recebiam de 2 (dois) a 5 (cinco) salários mínimos, conforme os relatos.

No tocante à faixa etária encontrada, os dados apontam que as pessoas mais jovens estão deixando de realizar o exame dermatoneurológico; um fator que merece atenção e controle da vigilância epidemiológica, pois sabe-se que o risco de um jovem adoecer é maior, em idade economicamente ativa, visto o longo período de incubação da hanseníase (VIEIRA et al., 2008).

Pelos dados apresentados, no geral, a população investigada apresentou nível socioeconômico e educacional precários. A pobreza enquadra-se como sendo um fator socioeconômico de risco para a hanseníase. Os doentes de hanseníase, geralmente, são adultos jovens, provenientes das classes sociais mais pobres da população e que fazem referência à existência de outro caso da doença na família. Assim, a população pesquisada pode ser facilmente alvo da doença e pode talvez, até mesmo, desenvolvê-la, uma vez que, os doentes referem à existência de outros familiares doentes, tendo sido estes, um dia, o contato do foco familiar da doença (PINTO NETO et al., 2002; LOMBARDI; FERREIRA, 1990).

De acordo com o MS devem ser vacinados com o BCG/ID todos os contatos intradomiciliares de hanseníase que após exame dermatoneurológico não apresentarem qualquer sinal e/ou sintoma da doença (BRASIL, 2002). No entanto, observou-se que, somente 11 (onze) dos contatos foram vacinados com duas doses desta vacina, revelando que existem falhas com relação ao cumprimento das normas estabelecidas pelo PCNH, no que diz respeito à vacinação dos contatos.

Faz-se necessário o controle da aplicação da vacina BCG/ID em contatos de hanseníase não examinados, pois caso esses contatos estejam infectados, podem aparecer sinais clínicos de hanseníase, logo após a vacinação, o que está relacionado com o aumento da resposta imunológica em indivíduo que foi anteriormente infectado (BRASIL, 2002).

Ao investigar o adoecimento de hanseníase entre os participantes desta pesquisa, encontrou-se 2 (dois) contatos que já tiveram a doença em anos anteriores. Apesar de ser um número pequeno, comprova a importância e a necessidade da vigilância

desses contatos no município de Cajazeiras – PB, para evitar recidiva ou caso novo, por reinfecção.

ASPECTO CONCEITUAL, TRANSMISSÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HANSENÍASE

A tabela 01 revela que mais da metade (61,30%) dos contatos conheciam a hanseníase também como lepra, mas parcela significativa não conhecia a doença por este nome, possivelmente por serem pessoas mais jovens, o que talvez seja um ponto positivo para o enfrentamento do preconceito da doença, devido ao estigma associado à denominação.

Em relação ao agente causador da hanseníase, 77,42% dos entrevistados concordaram com a causa microbiana da doença. Assim como, foi significativa a proporção de contatos (96,77%) que consideram a hanseníase como uma doença que tem cura.

Tabela 01 – Conhecimento do aspecto conceitual da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB

Aspecto conceitual da hanseníase	f	%
1 - A hanseníase é conhecida por lepra?		
Sim	19	61,30
Não	12	38,70
Total	31	100
2 - A hanseníase é uma doença causada por um micróbio?		
Sim	24	77,42
Não	7	22,58
Total	31	100
3 - A hanseníase tem cura?		
Sim	30	96,77
Não	1	3,23
Total	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

Essas proposições não causaram surpresa, pois ultimamente, essas informações vêm sendo divulgadas amplamente na mídia e meios de comunicação em geral. Acreditamos que as pessoas estão se informando mais e buscando conhecimento sobre as doenças que as circundam, o que segundo Vieira et al. (2008) é importante, pois para ele, o conhecimento sobre aspectos da doença pode influenciar no aumento da detecção de casos novos ainda na forma inicial da doença, o que por sua vez dificulta o estabelecimento de incapacidades e por fim diminui o preconceito para com a pessoa acometida pela hanseníase.

Tabela 02 – Conhecimento sobre a transmissão da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB

Transmissão da hanseníase	f	%
1 - A hanseníase é uma doença que pega, que passa de pessoa para pessoa?		
Sim	23	74,19
Não	8	25,81
Total	31	100
2 - A hanseníase é transmitida somente de uma pessoa doente sem tratamento para uma pessoa sadia?		
Sim	21	67,74
Não	10	32,26
3 - A pessoa já nasce com hanseníase?		
Sim	3	9,68
Não	28	90,32
Total	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

De forma geral, no que diz respeito à transmissão da doença, 74,19% dos participantes afirmaram que a hanseníase é transmissível; 67,74% confirmaram a proposição de que a doença é transmitida apenas de uma pessoa doente sem tratamento para uma pessoa sadia; assim como 90,32% não acreditavam que a pessoa nasce com hanseníase.

Contrariando o que informam Talhari; Neves (1997), que existem credences a respeito do agente transmissor da hanseníase, uma vez que as pessoas acreditavam que o bacilo era transmitido por meio de alimentos, bebidas, medicamentos, algum mosquito, cachorro ou pelo castigo divino. Os achados da nossa pesquisa comprovam a evolução do conhecimento das doenças pelas pessoas leigas, as quais passam a selecionar melhor as informações que recebem, não acreditando mais no que se comenta ou já foi comentado há certo tempo, mas sim no que os profissionais relatam.

A hanseníase é causada por um bacilo, parasita intracelular obrigatório, o qual é eliminado, principalmente, pelas vias aéreas superiores de doentes multibacilares que não iniciaram ainda o tratamento com a poliquimioterapia (PQT) (BRASIL, 2005).

Tabela 03 – Conhecimento sobre a prevenção da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB

Prevenção da hanseníase	f	%
1 - Todas as pessoas da família ou outros que moram com o doente de hanseníase devem ser examinados?		
Sim	30	96,77
Não	1	3,23
Total	31	100
2 - As pessoas sadias da família ou as que moram com o doente de hanseníase devem tomar a vacina BCG?		
Sim	27	87,10
Não	4	12,90
Total	31	100
3 - Caso você tenha tomado a vacina BCG, você nunca terá a doença?		
Sim	17	54,84
Não	14	45,16
Total	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

No Guia para o Controle da Hanseníase consta que o aparecimento da doença na pessoa infectada pelo bacilo, e suas diferentes manifestações clínicas dependem, dentre outros fatores, da relação parasita/ hospedeiro e pode ocorrer após um longo período de incubação, de 2 (dois) a 7 (sete) anos (BRASIL, 2002).

Sendo assim, a pessoa infectada pode não desenvolver a hanseníase, devido resposta imunológica efetiva contra o bacilo da hanseníase. E, apesar de o domicílio ser apontado como importante espaço de transmissão da doença, ainda existem lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social (BRASIL, 2005). Outros fatores podem, então, predispor as pessoas ao adoecimento, não unicamente o contato com a pessoa infectada.

Em se tratando da prevenção da hanseníase, parcela representativa tinha conhecimento sobre a necessidade de os contatos se submeterem ao exame dermatoneurológico, assim como, da indicação da vacinação com a BCG/ID, para os que fossem sadios. Porém, 54,84% desses contatos acreditavam que uma vez vacinados, nunca iriam ter a doença, o que nos leva a pensar na necessidade de partilhar mais informações a respeito, também, da eficácia e especificidade da vacina para com a hanseníase, a fim de que a população saiba que a vacina não é garantia de que nunca irão adoecer, e que os mesmos permaneçam atentos na detecção de sinais precoces da doença.

Segundo Duque (1998), a realização efetiva da vacina BCG/ID nos contatos intradomiciliares, apresenta tendência de mudar o quadro epidemiológico da doença, uma vez que houve aumento da resposta imunológica do indivíduo à BCG/ID. Logo, pode-se pensar que com a vacinação, sendo estratégia efetiva de controle da doença, possivelmente chegar-se-á a um melhor cenário da doença, tendo em vista seu benefício ao contato.

A vigilância de contatos deve incluir, segundo a legislação federal (Portaria nº 1.073/GM de 26 de setembro de 2000), o exame dermatoneurológico de todos os contatos de doentes classificados em qualquer forma clínica, além de orientações sobre o período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da doença e, ainda, do retorno ao serviço, quando necessário (BRASIL, 2000).

A esse respeito, a Secretaria do Estado de São Paulo, na Resolução SS – 130 de 10 de outubro de 2001, não adotou a medida do MS, do retorno dos contatos apenas quando necessário, determinando o retorno dos contatos ao serviço da seguinte maneira: se contato de doente paucibacilar, um exame dermatológico por ano, durante dois anos; se contato de doente multibacilar, realizá-lo todo ano, durante cinco anos, possivelmente, como uma forma de monitorar melhor esses contatos, ou ainda, normatizar o atendimento prestado aos mesmos (SÃO PAULO, 2001).

A atual legislação federal, nº 3.125/GM de 07 de outubro de 2010, que aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase, reafirma que todos os contatos de doentes, classificados em qualquer forma operacional, devem ser examinados, além das orientações padrões. Porém, não comenta sobre o retorno dos comunicantes ao serviço, revelando que os contatos não estão recebendo atenção necessária nos últimos anos (BRASIL, 2010).

Em estudo realizado por Camello (2006), no estado do Rio Grande do Sul, demonstra-se a importância da avaliação dos contatos na prevenção da hanseníase, uma vez que no ano de 2005, as informações obtidas do SINAN revelaram que dos 241 (duzentos e quarenta e um) casos novos notificados neste ano, 40 (quarenta) tiveram como modo de entrada o exame de contatos. Inclusive, este Estado foi um dos únicos, juntamente com o de Santa Catarina que, até 1999, tinham atingido a meta de eliminação da hanseníase.

Tabela 04 – Conhecimento sobre o tratamento da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB

Tratamento da hanseníase	f	%
1 - O doente de hanseníase que faz o tratamento continua transmitindo a doença?		
Sim	7	22,58
Não	24	77,42
Total	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

O MS recomenda a aplicação de duas doses da vacina BCG/ID a todos os contatos intradomiciliares desde que sejam sadios,

independentemente de serem contatos de casos paucibacilares, como de casos multibacilares. Recomenda ainda que, todo contato deve, também, receber orientação a respeito de que não se trata de vacina específica contra a hanseníase, mas que aumenta a resistência do organismo, principalmente, contra as formas multibacilares da doença e que esta vacina está destinada aos contatos intradomiciliares, que são grupo de risco e que, em alguns casos, o aparecimento de sinais clínicos de hanseníase, logo após a vacinação, pode estar relacionado ao aumento da resposta imunológica em indivíduo previamente infectado (BRASIL, 2002).

Quanto ao tratamento da hanseníase, 77,42% dos participantes afirmaram que, uma vez iniciado, o doente não a transmite mais. Porém, 22,58% dos participantes não acreditavam na eficácia do tratamento e achavam que havia possibilidade de transmissão da doença, mesmo com introdução da PQT.

O tratamento da hanseníase é muito importante, fundamental para a cura, para fechar a fonte de infecção, interrompendo a cadeia de transmissão da doença, controlar a endemia e para, finalmente, eliminar a hanseníase na comunidade, enquanto problema de saúde pública (BRASIL, 2002). Acreditamos que a justificativa de a maioria dos entrevistados aceitar que o tratamento é eficaz e que não haverá mais transmissão após seu término, deve-se à veiculação destas informações pelos meios de comunicação e pelos profissionais, aos pacientes e familiares que são acompanhados por eles no serviço de saúde.

Entretanto, de acordo com Andrade et al. (1999), o fato de alguns Estados brasileiros terem conseguido alcançar a meta de eliminação da hanseníase, deve-se mais à efetivação de um programa de controle contínuo e estruturado nas últimas décadas, do que mesmo à poliquimioterapia, isoladamente. Logo, não basta apenas ofertar a PQT ao doente e achar que será solucionado o problema para ele, para o seu domicílio e para a comunidade, mas sim, o investimento e incentivo das ações de controle da doença irão fortalecer e estruturar o PNCH.

Há mais de uma década já se considerava que, um dos problemas de ordem técnico-operacional, impeditivo do alcance dessa meta eram as baixas taxas de controle de comunicantes (LANA, 1997), como também, mesmo tratando o caso índice, a

transmissão da hanseníase em um domicílio não está eliminada, havendo a necessidade de outras intervenções para minimizar o risco da doença entre os contatos intradomiciliares (VIJAYAKUMARAN et al., 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presente pesquisa verificou-se o conhecimento de contatos intradomiciliares sobre a hanseníase. Quanto à caracterização dos participantes houve predominância do sexo masculino, solteiros e casados, que possuíam o Ensino Fundamental incompleto, situados na faixa etária de 15 (quinze) a 24 (vinte e quatro) anos. Tendo como ocupação principal as atividades do lar ou os estudos, e renda familiar de um a dois salários mínimos. Verifica-se que foi aplicada a vacina BCG/ID em 35,48% dos contatos não examinados e que 6,25% desses contatos já tiveram hanseníase.

No que diz respeito ao conhecimento dos contatos intradomiciliares sobre a hanseníase, em questões relacionadas ao tratamento e prevenção da doença, os resultados não foram tão satisfatórios, embora se reconheça que estes sujeitos possuíam algum conhecimento sobre a doença. Sendo assim, interpreta-se tal situação como uma necessidade de ampliar informações, prestar esclarecimentos e partilhar saberes e vivências com esses contatos, abordando os níveis de entendimento sobre a doença, os benefícios e responsabilidades. E assim, estimular e facilitar a procura dos mesmos pelo serviço de saúde.

Destaca-se, ainda, a necessidade da utilização, por parte dos profissionais de saúde, de uma linguagem clara, adequada ao perfil da clientela, para que as informações sejam apreendidas e que as ações de educação em saúde sejam realizadas, valorizando os saberes pré-existentes, para facilitar a troca de experiência entre os envolvidos e a construção compartilhada dos conhecimentos; reconhecendo a unicidade e subjetividade do sujeito, que detém algum saber, o qual deve ser valorizado, mesmo do senso comum. Para tal, deve-se utilizar o diálogo como a principal ferramenta.

Apesar das dificuldades para realização desta pesquisa, como a pouca disponibilidade de artigos que tratassem da temática abordada, assim como a pouca importância atribuída à vigilância dos contatos

de casos de hanseníase, é esperado que essa pesquisa contribua com a melhoria da assistência prestada às pessoas com hanseníase e suas famílias. Em especial, à Estratégia Saúde da Família, quando os profissionais podem atuar na ampliação desse conhecimento e auxiliar no enfrentamento da doença.

Diante dos resultados, considera-se relevante, para a melhoria da organização do serviço de saúde e, conseqüentemente, da qualidade no atendimento aos contatos de casos de hanseníase: a intensificação da busca ativa de contatos; valorização do registro dos dados e controle da administração da vacina BCG/ID; estabelecimento de parcerias com outros serviços e instituições de saúde do município, no sentido de resgatar os contatos faltosos, diagnosticar e tratar precocemente a doença; promoção e implementação de ações educativas, utilizando a mídia, profissionais da saúde e da educação, para que o doente, a família e a comunidade tenham conhecimento adequado sobre a doença.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. et al. Uma nova abordagem para acelerar a eliminação da hanseníase. **Hansen. Int.**, Bauru, SP, v. 24, n. 1, p. 43-48, 1999. Disponível em: www.iisl.br/revista/download.php?id=imageBank/870-2426-1-PB... Acesso em 20 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Percentual de contatos de casos novos de hanseníase examinados entre os registrados Estados e regiões, Brasil, 2000 a 2010** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tab19_percentual_contatos_casos_novos.pdf> Acesso em 20 mar. 2012.

_____. Portaria nº 3.125/GM de 07 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial da União**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105834-3125.html?q=> Acesso em 01 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Relatório de Situação - Paraíba**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase – Informe Epidemiológico - 2008. **Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf Acesso em 20 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/guia/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf Acesso em 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/guia_de_hanseníase.pdf Acesso em 20 ago. 2012.

_____. Portaria nº 1.073/GM de 26 de setembro de 2000. Estabelece as Instruções Normativas para o Controle e Eliminação da Hanseníase. **Diário Oficial da União**, Conselho Nacional de Saúde – 188-E – página 18 – Seção 1 de 28 de setembro de 2000.

_____. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf Acesso em 01 ago. 2012.

CAMELLO, R. S. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame dos contatos no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Hans. Int.**, Bauru, SP, v. 31, n. 3, p. 15-19, 2006. Disponível em: www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/70-183-2...pdf Acesso em 01 ago. 2012.

DESSUNTI, E. M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61(esp.). p. 689-693, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a06v61esp.pdf> Acesso em 01 ago. 2012.

DUQUE, P. M. C. O. **Vigilância dos contatos intradomiciliares pelo enfermeiro através da administração do BCG: repercussões no programa de controle da hanseníase**. 1998. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

FERREIRA, I. L. C. S. N. **Subsídios para reorientação dos serviços de saúde em relação aos contatos de portadores de hanseníase de Paracatu (MG)**. 2010. 89 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca, MG, 2010.

IBGE. **Cidades@ Paraíba, Cajazeiras**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em 30 mar. 2012.

LANA, F. C. F. **Políticas sanitárias em hanseníase: história social e a construção da cidadania**. 1997. 305 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LOMBARDI, C.; FERREIRA, J. História natural da hanseníase. In: LOMBARDI, C. (coord.) **Hanseníase: epidemiologia e controle**. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, cap.1, p: 13-20, 1990.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 (supl.1), p. 1311-1318, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a65v16s1.pdf> Acesso em 30 mar. 2012.

OLIVEIRA, S. S.; GUERREIRO, L. B.; BONFIM, P. M. Educação para a saúde: a doença como conteúdo nas aulas de ciências. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1313-1328, out/dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n4/10.pdf> Acesso em 01 ago. 2012.

PINTO NETO, J. et al. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. **Hans. Int.**, Bauru, SP, v. 27, n. 1, p. 23-28, 2002. Disponível em: www.ilsl.br/revista/download.php?id=imagemBank/820-2538-1...pdf Acesso em 01 ago. 2012.

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para a transmissão da hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v. 61(esp), p. 738-743, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a14v61esp.pdf> Acesso em 01 ago. 2012.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS – 130, de 8 de outubro de 2001. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo / SES - SP. **Diário Oficial do**

Estado, São Paulo, 10 de outubro de 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a14v61esp.pdf> Acesso em 01 ago. 2012.

SINAN – NET / Cajazeiras. Versão NET 4.0/Patch 4.2.: Ministério da Saúde. **Vigilância epidemiológica**. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, 2011. Base de dados.

TALHARI, S.; NEVES, R. G. **Hanseníase: dermatologia tropical**. 3. ed. Manaus: Tropical, 1997.

VIEIRA, C. S. C. A. et al. Avaliação e controle de contatos falsos de doentes com Hanseníase. Universidade de Taubaté. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61(esp), p. 682-688, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a05v61esp.pdf> Acesso em 01 ago. 2012.

VIJAYAKUMARAN, P. et al. Does MDT arrest transmission of leprosy to household contacts? **Int. J. Lepr other Mycobact Dis.**, Washington, v. 66, n.2, p. 125-130, jun., 1998. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9728444> Acesso em 15 jul. 2012.

CAPÍTULO 6

PERCEÇÃO DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Laurita da Silva Cartaxo
Glenda Agra
Jamili Anbar Torquato

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro de um bebê configura-se como um evento estressante para a família, que se depara com uma situação imprevisível que induz à ansiedade. Devido às condições de instabilidade orgânica do bebê e à necessidade de cuidados médicos especializados oferecidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), a mãe passa a vivenciar a separação do bebê prematuro e a incerteza de sua evolução clínica e de sobrevivência (ARAÚJO, 2007). A família começa a criar uma distorção da imagem ideal do recém-nascido, e isso cria dificuldades, pois existirá uma discrepância em relação à imagem real do bebê prematuro. Logo, a família deve reorganizar o seu quadro imaginário, a fim de ajustá-lo à imagem de um recém-nascido pequeno e frágil (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

O número de internações nas UTINs é considerado elevado, mediante as situações anormais de nascimento, como prematuridade, baixo risco ao nascer, anóxia, malformações e outras situações clínicas que predispõem os recém-nascidos a tratamentos especializados para conseguirem sobreviver. As condições de nascimento do bebê causam aos pais impactos e sofrimento, em virtude da separação do filho, da ansiedade e de muitas expectativas quanto ao tratamento (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, níveis de ansiedade, sentimentos de tristeza e melancolia podem ser exacerbados diante dessa situação de conflito e estresse. Em um estudo realizado com pais de bebês hospitalizados na UTIN, foram observados altos níveis de ansiedade, depressão e hostilidade, que revelaram problemas de ajustamento psicossocial por parte das mães (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

O ajustamento familiar ou habilidade para realizar mudanças no sistema familiar, por causa de um evento estressor, a fim de manter seu equilíbrio e funcionamento, está relacionado aos recursos sociais da família e às estratégias familiares de enfrentamento da situação durante a fase de internação do bebê na UTIN. As mães, por sua vez, apresentam níveis mais elevados de ansiedade e de depressão do que os pais (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

O recém-nascido passa por diversos procedimentos e intervenções na UTIN, como aspiração, intubação, cateterismo, punção venosa, entre outros, que permeiam todo o tratamento durante sua internação. Nessa circunstância, a mãe vivencia um momento de dor e de grandes conflitos, visto que, durante a gestação, provavelmente, imaginava que teria um bebê saudável. O nascimento de um bebê enfermo, com alguma deformidade, defeito congênito ou prematuro desfaz esse sonho e traz desapontamentos, sentimento de incapacidade, culpa e medo da perda (BALDISSARELA; DELL'AGLIO, 2009).

A essa condição, somam-se inúmeros problemas a serem enfrentados pela mãe, entre os quais, o medo da doença, do desconhecido e do ambiente hospitalar, o que, na maioria das vezes, culmina em crise emocional. Essa mãe, quase sempre, permanece no ambiente hospitalar, acompanhando a real situação em que o filho se encontra. Geralmente, o novo ambiente, dotado de aparelhos e equipamentos altamente sofisticados, causa-lhe impacto e medo. Para a maioria dos pais, é chocante e estranho entrar, pela primeira vez, em uma unidade e ver seu filho cercado de fios e aparelhos para se manter tudo sobre controle (GORGULHO; PACHECO, 2008).

Nesse espaço, também fica comprometida a relação interpessoal da mãe acompanhante com os profissionais da equipe de saúde, que estão voltados para os procedimentos necessários aos recém-nascidos, em um movimento constante e intenso. A realização desses procedimentos, muitas vezes considerados dolorosos, deixa a mãe cada vez mais fragilizada ante as condutas dos profissionais. Em associação a essas situações, distante do seio familiar, comumente ela se preocupa com os demais membros da família, com os afazeres domésticos e com os filhos menores que estão em casa (BALDISSARELA; DELL'AGLIO, 2009).

No tocante ao processo de hospitalização do filho, conforme transformações, pelas quais a assistência neonatal tem passado, houve a inserção da família, com ênfase na mãe, acompanhando a criança durante seu internamento, direito consolidado no Estatuto da Criança e do Adolescente que, em seu artigo 12, dispõe: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsáveis, no caso de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 2008).

A hospitalização, entretanto, ocorre de maneira necessária e, nos casos de emergência, ocasiona clima de expectativa, angústia e medo, que interferem no ritmo de vida. Nesse contexto, é fundamental que a equipe de profissionais dessa unidade promova um ambiente receptivo e acolhedor, para minimizar, o máximo possível, a separação e fortalecer os laços afetivos (BRASIL, 2011). Sabe-se que a manutenção do vínculo entre a mãe e o filho é necessária, pois a presença dela proporciona segurança, equilíbrio emocional e recuperação do seu bebê, durante todo o período de internação (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

Partindo do pressuposto de que as mães de prematuros demandam cuidados especiais, é imprescindível conhecer os aspectos emocionais e sociais vivenciados por elas diante da hospitalização do filho prematuro na UTIN. Na tentativa de oferecer suporte para o desempenho do papel materno nas unidades neonatais, é imprescindível favorecer o fortalecimento do vínculo mãe-filho, bem como as influências sobre o mesmo, pela condição de prematuridade (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Neste estudo, relatamos as mais diferentes reações das mães, quando eram informadas sobre a internação dos filhos na UTIN, um ambiente, para elas, estranho, onde a receptividade e a comunicação entre os profissionais não acontecem de forma esperada, e a vulnerabilidade emocional das mães, em especial, nem sempre é considerada. Ademais, na arte de cuidar, a comunicação é essencial e funciona como uma opção terapêutica (LEOPARDI, 2006).

Considerando esse processo, a equipe da UTIN tem como objetivo estabelecer uma relação com as mães, com o propósito de assistir seres especiais e as famílias no enfrentamento da doença e no sofrimento e, se necessário, assisti-los para que busquem significado

naquela vivência (COELHO; RODRIGUES, 2009). Nessa perspectiva, lança-se a questão norteadora da pesquisa: qual a percepção de mães de recém-nascidos prematuros internados em uma UTI neonatal?

Para responder a essa questão, o estudo tem como objetivo é conhecer a percepção de mães de recém-nascidos prematuros internados em uma UTI neonatal, com a finalidade de propiciar o desenvolvimento de um cuidado mais efetivo ao binômio mãe/filho.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, que expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. Os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles (CHIZZOTTI, 2005). O estudo foi realizado nos meses de novembro e dezembro de 2010, em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de duas maternidades do município de João Pessoa/PB.

Foram selecionadas para o estudo 20 mães de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os critérios de inclusão estabelecidos para participação na pesquisa foram os seguintes: que fossem maiores de 18 anos, estivessem acompanhando os filhos na UTIN e que aceitassem participar da pesquisa. Como critério de exclusão foram consideradas as puérperas adolescentes.

Para a coleta dos dados empregamos a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, que dão liberdade às pesquisadoras para desenvolverem cada situação, repetir e reformular perguntas de maneira diferente, especificar algum significado, com o fim de que as participantes entendam o estudo (CHIZZOTTI, 2005).

Os dados foram organizados com suporte no Discurso do Sujeito Coletivo – DSC. Essa técnica torna mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que confirmam um dado imaginário. Por meio desse discurso, é possível visualizar bem mais a representação social na medida em que aparece, não sob a forma mais viva de um discurso, mas no modo como os indivíduos

reais pensam. Assim, os procedimentos para a análise envolveram: a seleção das expressões-chave de cada discurso em particular, a identificação da ideia central de cada uma delas, que é a síntese do conteúdo dessas expressões, a reunião das expressões-chave referentes às ideias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso-síntese, que é o discurso do sujeito coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. As participantes do estudo foram asseguradas o anonimato, a utilização dos dados obtidos somente para a realização deste estudo e o direito de retirar o consentimento se assim o desejassem. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da emissão do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat, sob o número 051/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos sujeitos

Participaram do estudo vinte mães de recém-nascidos prematuros internos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - 13 (65%) com idade entre 18 e 29 anos e sete (35%), entre 30 e 39 anos.

No que se refere à história obstétrica das participantes do estudo, quanto ao número de gestações, 45% eram primíparas, ou seja, estavam na primeira gravidez, enquanto 55% eram múltíparas - mães com mais de uma gestação. Para o número de consultas pré-natais, observou-se que 55% fizeram de quatro a seis consultas; apenas 15% fizeram mais de sete consultas nesse período, e 30% tiveram essa informação ignorada ou ausente no prontuário. Quanto ao tipo de parto, 60% foram do tipo cesariana, e 40% tiveram parto normal.

Em relação à escolaridade, tinham, predominantemente, nível de instrução do ensino médio (1ª à 3ª série do 2º grau); 30% concluíram o ensino fundamental ou cursaram até a 6ª ou a 7ª série; e 5%, respectivamente, correspondem a uma mãe com ensino superior e outra sem escolaridade.

No que diz respeito à situação conjugal, 45% das mães entrevistadas eram casadas, 30% tinham união estável, e 25% declararam que eram solteiras. Já em referência ao local de residência das mães, foi observado que 90% procediam da zona urbana, e 10%, da zona rural. Sobre a variável 'rendimentos', 60% das mães afirmaram ter como renda básica menos de um salário mínimo; 20%, entre 01 e 03 salários mínimos; 10%, respectivamente, entre 04 e 05 salários mínimos, e o mesmo percentual para mais que 05 salários mínimos.

Acerca da idade gestacional, esta informação possibilitou-nos identificar que 50% correspondem às mães que tiveram seus recém-nascidos entre 24-30 semanas e 30-36 semanas, respectivamente; 50% correspondem à totalização das gestações pré-termo.

Caracterização dos recém-nascidos

Quanto à distribuição do sexo dos recém-nascidos, neste trabalho, pode-se observar que ambos foram proporcionais, 50%. Em relação ao peso ao nascer, constatou-se que 40% pesaram entre 1001 e 1500g; 33%, baixo peso, menor de 1000g; e 27%, de 1501 a 2500g. Não houve peso adequado, acima de 2500g, identificado como peso-padrão ideal para o nascimento.

O Apgar de primeiro minuto esteve entre os valores menor ou igual a quatro, e o do quinto minuto, entre o valor maior que oito.

As variáveis de percentual associado às características e segundo o acontecimento dos RN's prematuros: verificou-se no estudo quanto à adequação para a idade gestacional, 100% dos recém-nascidos foram PIG (pequeno para a idade gestacional), estes indicaram alto risco neonatal para morbi-mortalidade. O tempo de internação na UTIN situou-se entre: menor que quatro dias, 41% (nove) dos casos admitidos na UTIN; de cinco a 12 dias, 32% (sete) dos recém-nascidos da amostra; o período que vai de 15 a 29 dias, 23% dos casos (cinco) RN's permaneceram em UTIN e, apenas 4% (um) dos 22 recém-nascidos prematuros do estudo passou por mais de 30 dias de internação em UTIN.

Sobre a evolução hospitalar, 82% (18) dos recém-nascidos tiveram alta hospitalar para os demais setores, seguindo um critério de recuperação clínica, entre os setores de unidade de cuidados semi-intensivos, enfermaria canguru e o alojamento conjunto, levando em

consideração a evolução clínica, o peso e o desmame ventilatório. Para o registro de óbitos, verificou-se, durante a coleta de dados, através dos livros de registros próprios do setor da UTIN, de uma das maternidades pesquisadas, que 20% (4) desses RN's prematuros evoluíram a óbito, por prematuridade, distúrbios respiratórios e infecção neonatal.

Discurso do sujeito coletivo

Para elaborar esta seção do estudo, lançamos mão dos questionamentos e das respectivas ideias centrais e dos discursos-sínteses aos quais deram origem.

Expressando sentimentos sobre o 'ser-mãe' de um recém-nascido prematuro

DSC I- É muito triste saber que meu filho está aí dentro, sem poder levar pra casa agora; Meu maior medo era dele não viver; Tem sido muito difícil [...] tomar conta... assim de um bebê prematuro, ainda mais que fiquei muitos dias sem pegar nele; É sofrido, é uma luta; Tem hora que dá depressão, boto pra chorar; Muito diferente! [...] porque é pequenininho, a gente tem medo de pegar, é bem delicado [...] vai requerer muito cuidado, é especial [...], vontade dele sair logo dali, ir pra junto de mim; e aqui [...] farei o máximo pra dar muito amor e atenção a ele.

Ao serem indagadas acerca da experiência de ser mãe de um bebê prematuro, as mães participantes da pesquisa afirmaram, no DSC-I, que essa é uma experiência muito difícil, acompanhada de tristeza, medo, sofrimento e choro, considerando a inexperiência que elas têm frente à fragilidade e à delicadeza na tentativa de prestar cuidado a esses bebês.

O nascimento de um filho prematuro causa, nas mães, reações de choque por causa do nascimento inesperado e, mais frequentemente, do aspecto frágil de um bebê diferente. Essa percepção é geradora de insegurança para a família, especialmente para a mãe (SILVA; SILVA, 2009). Assim, ao vivenciar a hospitalização de um filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, as mães adentram uma nova realidade, quase sempre, por

momentos difíceis, que geram tristeza, dor e desesperança (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007).

Nesse contexto, a prematuridade provoca o risco para o equilíbrio emocional materno e, por outro, o risco da ansiedade e depressão das mães para o desenvolvimento de suas crianças (RAMALHO *et al.*, 2010).

Percepção das mães sobre o tratamento de seu filho na UTI neonatal

DSC II- É bom, mas só que é um pouco assustador ver ele naquelas máquinas, muito difícil; quando vi meu filho entubado, precisando de um monte de aparelho, é uma dor muito grande; Os aparelhos são bons![...] fico muito agoniada quando entro ali! Aqueles aparelhos apitando, a gente pensa que está acontecendo alguma coisa ruim! Pela melhora dele, fico o tempo que for preciso

No DSC-II, as mães participantes da pesquisa expressaram sua opinião sobre o tratamento dos filhos na UTIN. Embora considerem assustadores e estressantes as máquinas e/ou os aparelhos, julgavam necessária tal situação tendo em vista a expectativa de melhora para eles.

No tocante aos recursos tecnológicos utilizados no tratamento dos prematuros, as entrevistadas expressaram, em seus discursos, o que sentiam no ambiente da UTIN, ao se deparar com a real situação dos recém-nascidos: uso de aparelhos e cateteres, em incubadoras; fototerapia, bombas de infusão, sonda nosogástrica, catéter umbilical, catéter nasal, oxímetro de pulso, entre outros recursos terapêuticos necessários à recuperação deles (RAMALHO *et al.*, 2010).

O manuseio é determinado pela rotina da UTIN e os procedimentos são realizados de forma mecânica e técnica, não respeitando, muitas vezes, as necessidades de conforto, sono e repouso deste ser em processo de desenvolvimento. Além da rotina intensiva de cuidado ao prematuro, ainda se privilegia a tecnologia em detrimento do cuidado humanizado (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Dentre as situações evidenciadas pelos depoimentos, revela-se a quebra do simbolismo de partir e não ter o filho nos braços e, pelo afastamento imposto, devido ao uso de equipamentos neonatais e

tratamentos aos quais os filhos estão submetidos, identificada em pesquisa sobre representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro (ARIVABENE; TYRELL, 2010). Confirma os mesmos aspectos evidenciados nesta pesquisa.

Percepção das mães sobre o ambiente da UTI neonatal durante a sua permanência

DSC III - Tem hora que acho que estou incomodando demais, mas [...] o importante é eu estar ali pertinho dele [...] num importa a hora; Já me aborreci muito, chorei, mas, agora estou um pouco mais calma; É bom! Porque ajuda a criança a se desenvolver [...] em todos os sentidos; Chegar lá, ver seu filho num monte de aparelho, né? Num é nada bom? É doloroso, mas se conforma [...] tem que ser forte; Lá tem muitos cuidados, eles estão sempre em cima sempre, cuidando muito bem [...] acho que para o bebê prematuro, que está lá é confortável; Fico muito nervosa, mas depois, converso, com as médicas, com as meninas e elas me tranquilizam bastante; As enfermeiras... é... são dedicadas; Eu me concentro muito na minha filha [...], vejo que os profissionais estão sempre atentos às suas atividades, são boas as minhas impressões naquele ambiente; A ansiedade é só dele sair de lá bem!

Quando as mães participantes da pesquisa foram questionadas sobre as impressões quanto ao ambiente da UTIN durante a hospitalização do seu filho, revelaram, conforme consta no DSC-III, tranquilidade e segurança nos cuidados prestados e atenção dos profissionais (equipe da UTIN), aliviando suas ansiedades e nervosismos, ao mesmo tempo em que a ambivalência confirmada como as mães percebem e definem o significado da UTIN, como sentimentos de dor e sofrimento pela hospitalização do filho são evidenciados nos discursos.

O processo de adaptação da mãe à hospitalização do filho parece haver influência de fatores externos como social, cultural e familiar. As histórias de vida e as experiências diferentes refletem sentimentos e atitudes que variam de pessoa para pessoa (BARRADAS; RAMOS, 2008).

A assistência fornecida pela equipe é a forma como esta possibilita as mães a expressar seus sentimentos e falar de suas

angústias, medos e ansiedades. A conduta da equipe de enfermagem pode aliviar as sensações dolorosas da família em relação ao seu filho e fortalecer o vínculo mãe-bebê (BALDISSARELLA; DELL'AGLIO, 2009).

Dessa forma, entendemos que é necessário incluir a mãe e a família no ambiente da UTIN. É preciso tornar essa vivência menos sofrida, fazendo dos laços afetivos e a confiança materna aliados para o processo de assistência frente ao bebê prematuro.

Percepção das mães sobre os enfermeiros e médicos

IC I - *Recebendo ajuda para cuidar do recém-nascido

DSC IV - É ótimo [...], eu gostei de todo mundo [...] eles tratam a gente com muito amor, carinho. Dão muita atenção, estão sempre ali, presentes; Converso[...] faço muitas perguntas[...], eles nos esclarecem tudo; São pessoas boas, conversam bastante; Trabalham super bem! Eles fizeram de tudo pra dar a vida pra [...] minha bebê; O pessoal da UTI é muito atencioso!

IC II - *Passando por dificuldades no cuidado com o recém-nascido

DSC IV - Olha! Depende muito dos plantões [...] tem funcionários que atendem com maior paciência, com maior amor, e outros ignoram a sua presença, faz de conta que você nem é ninguém, e até quando você faz as perguntas, eles respondem, assim... com um tom bem.... não são todos, né?! Mas a gente sabe que em toda área tem os bons e os maus profissionais, e ali não é diferente.

No DSC-IV, sobre a relação com os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), os depoimentos das mães participantes da pesquisa revelam duas ideias centrais: (1) recebendo ajuda para cuidar do recém-nascido e (2) passando por dificuldade no cuidado com o recém-nascido.

O viver do homem se caracteriza por um constante estar com os outros e com as coisas que fazem parte do mundo a seu redor. Assim, relacionar-se com os outros faz parte do nosso existir, tornando capazes de tocar e nos deixar tocar por outro (HEIDDEGGER, 1997).

Desta forma, vale ressaltar que a internação do filho na UTIN é percebida pelos pais como algo assustador. Nesse contexto, surgem dificuldades enfrentadas no processo de comunicação com a equipe já revelada em estudos realizados de mãe acompanhantes de filhos prematuros (GOMES et al., 2007).

Percebemos que, a partir da convivência dessas mães com os profissionais, as mesmas referem ter superado os seus medos. Tal convivência permeia a iniciativa de um vínculo e até se sentem familiarizadas no ambiente de internação da criança.

Destacando-se a equipe médica e de enfermagem para as mães, os profissionais que cuidam do seu filho não dão a devida importância da sua presença, assistindo apenas a criança, ou seja, ao trabalhar com crianças, significa trabalhar paralelamente com suas mães, porque são as representantes diretas do bebê e este representa uma extensão de seu ser, como destaca a ideia central 2 do DSC.

Destacando que estudos sobre esta ótica revelaram que é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar com situações do cotidiano, recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007). É fundamental o incentivo à equipe, valorizando os profissionais, pois quando se sentem mais respeitados, valorizados e motivados como pessoas e profissionais, podem estabelecer relações interpessoais mais saudáveis com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional.

Percepção sobre o cuidado do recém-nascido prematuro em UTI neonatal

DSC V - Eles cuidam muito bem [...] Qualquer 'coisinha' estão em cima, estão cuidando, estão olhando, estão vendo, é muito bom, estou satisfeita; Saio de lá conformada [...] tranquila, porque eles estão cuidando muito bem dele; Sempre tem uma pessoa com ele; Eles dão boa assistência ao bebê prematuro, ali naquele lugar [...] eles estão sempre atentos; a assistência é [...] persistente, enquanto não descobre o que é que eles têm, ficam ali insistindo, fazendo os exames; As enfermeiras dão banho, trocam fralda e fazem carinho neles, e chega a emocionar a gente, dão carinho do jeito da gente!

Troca os aparelhos todinhos; Eles têm um amor, um carinho, eles falam como se estivessem falando com os filhos deles! Brincam!

Ao serem questionadas sobre o cuidado prestado pelos profissionais na UTIN, as mães consideraram “maravilhoso”; “o cuidado bem intensivo mesmo”, demonstrando competência, dedicação, carinho e amor.

Quanto aos cuidados, durante a internação, o foco do atendimento é o bebê prematuro (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007). Para realizar uma assistência humanizada, centrada no binômio mãe-filho, a equipe de enfermagem deverá estar atenta para a utilização de estratégias, como, por exemplo: valorizando o potencial da mulher e refletindo sobre seu estado de ansiedade e incerteza, de forma que a assistência contemple as reais necessidades do ser mãe (MOREIRA, 2007).

No tocante à enfermagem, a enfermeira deve reconhecer a mãe como participante ativa nos cuidados prestados à criança, permitir que tenha livre acesso ao seu filho, treinando-a para cuidar do bebê e dando-lhe liberdade para que expresse a visão que tem do seu mundo-vida. A enfermeira deverá também ter sensibilidade para detectar o momento, em que a mãe se encontra angustiada, a fim de motivá-la a encarar sua realidade de forma otimista, buscando compreender melhor o que está ocorrendo na sua experiência vivida. É no atendimento das reais necessidades das mães de recém-nascidos prematuros que a equipe assistencial e essas mães alcançarão a intersubjetividade, um compartilhar-com, de forma que cheguem à compreensão de como cuidar de seu filho.

O DSC afirma ser importante orientar as mães quanto à maneira e ao momento ideal de tocar seus bebês, favorecendo vivências positivas ao promover esses contatos durante a hospitalização. Os estímulos positivos podem contribuir fartamente para a evolução clínica dessas crianças, principalmente se esses toques forem de suas próprias mães. Esses toques ainda possibilitam que as mães conheçam mais os aspectos individuais de seus filhos, diferenciando suas ações dos demais profissionais (SOUZA et al., 2007).

É necessário repensar sobre nossa assistência, a forma de conduzi-la, realizá-la, a fim de contemplar não apenas as atividades

práticas, físicas, mas proporcionar, sobretudo, uma assistência humanizada à mãe e ao recém-nascido, que faz parte de um todo biopsicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da compreensão do fenômeno investigado, percepção de mães de recém-nascidos prematuros internados em UTIN, verificou-se os aspectos positivos e negativos da internação.

De acordo com a análise dos resultados e discursos, as mães de bebês prematuros internados em UTI neonatal, pode-se verificar a vivência destas mães ao experienciarem a hospitalização do filho, no qual percebem e definem este ambiente, permeado de reações emocionais e sofrimento, estando diretamente ligado aos fatores e influências sob o vínculo afetivo mãe-filho, interrompido diante da internação do bebê na UTIN, fragmentando a formação do apego entre o binômio.

Na ambivalência entre os discursos das mães destacam-se os aspectos da UTI neonatal, paradoxalmente, vida e morte, medo, insegurança, dor, sofrimento, separação e risco de morte do recém-nascido. Contraindo-se ao mesmo tempo em que é reconhecida como o valor de “salvar vidas”. Assim, foi retratado a UTIN como o ambiente ora assustador, porém necessário. As mães participantes fizeram emergir expectativas sobre a melhora do estado do filho, mesmo vivenciando a internação, a prematuridade e os conflitos gerados pelo processo vivido.

Ao expressarem uma boa relação com os profissionais de saúde da UTIN, as mães mantiveram uma relação de confiança e atenção desses profissionais, estas relataram tranquilidade e segurança nos cuidados e atenção dos profissionais, aliviando suas ansiedades e nervosismos.

Compreender os sentimentos dessas mães é procurar resgatar seu próprio valor moral enquanto “seres no mundo”, buscando sempre atender suas necessidades, preparando-as, a fim de proporcionar afetividade e segurança ao filho internado.

A partir dessas constatações, percebeu-se a necessidade de um novo olhar frente ao atendimento neonatal, devendo ser contemplados não apenas os aspectos e as necessidades fisiológicas

do prematuro, mas, especificamente, os fatores emocionais e socioeconômicos das mães fragilizadas frente às condições de prematuridade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. B. M. **Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re) conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais.** Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=89337> Acesso em: 07 set. 2010.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Rev de Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 180-6, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a07.pdf>> Acesso em: 20 out. 2010.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. **Esc Anna Nery. Rev de Enferm**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p. 284-92, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/10.pdf>> Acesso em: 07 set. 2010.

ARIVABENE, J. C.; TYRELL, M. A. R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Rev Lat-am. Enferm**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 130-36, mar./abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_18.pdf> Acesso em: 30 abr. 2010.

BALDISSARELA, L.; DELL'AGLIO, D. D. No limite entre a vida e a morte: um estudo de caso sobre a relação pais/bebê em uma UTI neonatal. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 68-89, 2009. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/estic/v14n26/05.pdf>> Acesso em: 07 set. 2010.

BARRADAS, A. M. C. R.; RAMOS, N. **Parentalidade na relação com o recém nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção.** Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Aberta de Portugal, Lisboa, 2008. Disponível em: <<http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/735>> Acesso em: 09 out. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf> Acesso em: 12 out. 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde**. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf> Acesso em: 20 out. 2010.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2005.

COELHO, L. P.; RODRIGUES, B. M. R. D. O cuidar da criança na perspectiva da bioética. **Rev de Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 188-93, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a08.pdf>> Acesso em 07 set. 2010.

CRUZ, D. C. S.; SUMAN, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p.690-7, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>> Acesso em: 07 set. 2010.

GOMES, A. L. H. et al. Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. **Rev Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 205-8, out./dez, 2007. Disponível em: <<http://psic.bvsalud.org/scielo.php>> Acesso em: 07 set. 2010.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: vivência materna. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 19-24, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a03.pdf>> Acesso em: 28 out. 2010.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. N. C. O sujeito que fala. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 517-24,

jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>> Acesso em: 07 set. 2010.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

MARTINEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 239-46, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a08.pdf> Acesso em 10 ago. 2010.

MOREIRA, J. O. A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento. **Revista Mental**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 91-106, jun. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> Acesso em: 07 set. 2010.

RAMALHO, M. A. M. et al. A mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, São Paulo, v.10, n.1, p. 7-14, jul. 2010. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n1/v.10_n.1-art1.pesq-a-mae-vivenciando-o-risco-de-vida.pdf> Acesso em: 12 out. 2010.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A. Vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 108-15, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eap/v13n1/v13n1a15.pdf>> Acesso em: 20 out. 2010.

SOUZA, N. L. et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 704-10, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5965.pdf>> Acesso em: 02 out. 2010.

CAPÍTULO 7

FATORES QUE INFLUENCIAM A REALIZAÇÃO DA CESÁREA⁴

Cícera Mykellandy Gonçalves Monteiro
Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Eliane de Sousa Leite
Luiz Carlos de Abreu

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos marcantes na vida da mulher e de seus familiares. O ato de parir existe desde o surgimento da humanidade e representa o término de um ciclo pelo qual é garantida a perpetuação da espécie.

Segundo Castro; Clapis (2005), ao longo dos anos, o ato de parir passou a ser visto como patológico, dando lugar a cesárea, técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo e apoio à mulher que vivencia tal experiência.

Para Giglio; Lamounier; Morais Neto (2005), a cesárea em gestações de alto risco é um procedimento importante que, em determinadas e precisas indicações, diminui consideravelmente os riscos de morte para a mãe e o bebê. Contudo, para Souza Junior et al. (2007), se sua indicação correta traz vantagens, a indicação indiscriminada aumenta o risco de morbimortalidade materna e perinatal, além de aumentar os custos, quando comparada ao parto.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, para atender às indicações médicas de interrupção cirúrgica da gestação, a incidência de partos operatórios deve ser em torno de 15%. É esperado que esse número seja mais alto em centros que dão assistência à gestação de alto risco. No entanto, tem ocorrido um aumento no número de cesarianas em todo o mundo (GIGLIO; LAMOUNIER; MORAIS NETO, 2005).

De acordo com Sakae; Freitas; d'Orsi (2009), o Brasil vem apresentando uma das taxas mais elevadas de cesariana no mundo, sendo citado como um dos exemplos mais claros de abuso de tal procedimento no nascimento. Essa alta incidência de cesáreas

⁴ Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Junho de 2011.

constituiu-se num problema de saúde pública. Segundo Bittencourt; Camacho; Leal (2008), entre as décadas de 70 e 90, a incidência de cesarianas elevou-se de 14,6% para 41,6%, no Brasil.

As cesáreas sem indicação clínica constituem-se num problema, pois, aumentam os custos para a saúde, em consequência do tempo aumentado de internação e recuperação, maior necessidade de cuidados médicos e de enfermagem e maior consumo de medicamentos.

Frente ao exposto, essa investigação teve como objetivo geral: analisar os fatores que influenciam na realização de cesárea na maternidade do município de Cajazeiras – PB; e específicos: verificar a influência do contexto social das mulheres na realização de cesariana e identificar os fatores associados à realização de cesárea na maternidade do município de Cajazeiras – PB.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com uma abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa em questão foi realizada na maternidade Doutor Deodato Cartaxo, do município de Cajazeiras – PB.

Para a realização do referido estudo foram levados em consideração os pressupostos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE 0089.0.133.000-11).

O alvo desse estudo foram todas as mulheres que realizaram cesariana na maternidade do município de Cajazeiras – PB, no primeiro semestre de 2011. A amostra do estudo constituiu-se de 30 mulheres que realizaram cesariana no período da coleta de dados. Para a seleção da amostra foram considerados os seguintes critérios: ter condição de estabelecer comunicação verbal e concordar em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e possuir vinte e quatro horas de pós-operatório, no mínimo, considerando que estariam em melhor condição de estabelecer comunicação verbal.

A coleta de dados foi realizada durante o mês maio de 2011, mediante entrevista, tendo como instrumento um roteiro estruturado, contendo questões objetivas e subjetivas. Houve situação em que foi necessário consultar os prontuários das mulheres, a fim de elucidar e/ou compreender as informações concedidas pelas pesquisadas. No momento da coleta de dados foi adotado um procedimento padrão, contando das seguintes etapas: 1) apresentação do TCLE; 2) realização da entrevista, seguindo o roteiro previamente estruturado, devendo o pesquisador intervir o mínimo possível nas respostas das participantes; e 3) agradecimentos a participante.

Na análise descritiva dos dados as questões objetivas foram analisadas quantitativamente, e as subjetivas foram analisadas por meio da análise de conteúdo, em sua modalidade de análise temática, desenvolvida por Bardin (2009), que preconiza a apreensão dos aspectos comuns, ligados à maioria dos participantes, associados a cada tema.

O primeiro passo para a organização do material foi a transcrição das entrevistas para um livro de registro, resultando em textos. Nessa transcrição, os sujeitos do estudo foram categorizados em seus discursos através da codificação Senhora 1 à Senhora 30, na sequência das entrevistas, a fim de preservar o anonimato das mesmas.

Para a análise qualitativa dos dados seguiu-se os seguintes passos: Leitura inicial e releitura dos textos transcritos, procurando ter uma compreensão global do material; Identificação das unidades de significado que emergiram das falas das entrevistadas; Descoberta de temática/categorias; Interpretação e discussão das temáticas e categorias encontradas. Após essa classificação e agregação, as categorias referentes a cada temática foram representadas em discursos das participantes e analisados à luz da literatura pertinente à temática. A partir dos textos resultantes das entrevistas, emergiram as seguintes temáticas: Motivos para a realização de cesárea; Tendência das mulheres para a realização de cesárea; Laqueadura Tubária: razões da sua realização.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

CARACTERÍSTICAS DAS PESQUISADAS

Aspectos sócio demográficos

Com relação à procedência, metade das mulheres era de Cajazeiras e metade procedia de cidades vizinhas. Era esperado essa diversidade na procedência das mulheres que realizam cesárea na maternidade do município de Cajazeiras, uma vez que nessa cidade funciona a 9ª Regional de Saúde e o Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), e é referência em saúde para as regiões circunvizinhas, atendendo assim a população cajazeirense e as das cidades vizinhas.

A idade das mulheres entrevistadas variou de 14 a 33 anos. Em termos de faixa etária, das 30 mulheres, 06 (20%) estavam entre 14 e 18 anos, 17 (56,7%) entre 19 e 28 anos e 07 (23,3%) estavam entre 29 e 33 anos. Sakae; Freitas; d'Orsi (2009) relatam que das várias características pesquisadas que implicam na maior prevalência de cesarianas, a idade materna tem sido relacionada diretamente a essa prevalência. Freitas; Sakae; Jacomino (2008) mostram que mulheres com idade maior que trinta anos têm maior probabilidade de cesarianas do que mulheres com idade inferior a vinte anos. Frente a essa questão, Pádua et al. (2010) afirmam que a maior quantidade de cesáreas à medida que aumenta a idade materna, deve estar relacionado tanto à maior frequência de complicações, quanto ao incremento na quantidade daquelas mulheres que já não desejam ter mais filhos e solicitam a laqueadura tubária.

Este estudo mostra ainda que 20% das mulheres que realizaram cesarianas eram adolescentes, corroborando Campana; Pelloso (2007), em que um número expressivo de cesariana foi realizado em mulheres menores de 20 anos, padrão este, encontrado nos levantamentos estatísticos brasileiros, que revelam um número cada vez maior de adolescentes grávidas.

No que diz respeito à escolaridade, 18 (60%) estudaram de 10 a 13 anos, 07 (23,4%) estudaram de 6 a 9 anos, 04 (13,3%) estudaram de 2 a 5 anos e 1 (3,3%) mulher estudou mais de 13 anos. Segundo Sakae; Freitas; d'Orsi (2009), diferentes estudos têm relacionado maior ocorrência de cesáreas entre mulheres com melhor

nível educacional. Para estes a taxa de cesarianas foi maior entre as mulheres com escolaridade acima do ensino médio.

No tocante à profissão das mulheres entrevistadas constatou-se que 18 (60%) trabalhavam fora do lar, em diferentes profissões, mostrando que, mesmo grávidas, assumiam um papel importante na sociedade e como provedora do sustento da família. Dentre as profissões, 13 (43,3%) mulheres eram agricultoras, 03 (10%) se diziam estudantes, as demais 05 (16,7%) mulheres relataram outras profissões, dentre elas, empresária, cabeleireira, enfermeira, técnica de enfermagem, entre outras. Todavia, um número considerável de mulheres, 09 (30%) era do lar, contribuindo com os afazeres da casa e cuidando dos filhos.

Gama et al. (2009) apontam que 60% das mulheres entrevistadas numa maternidade pública não possuía trabalho remunerado e, entre aquelas que exerciam algum tipo de trabalho, destacavam-se as atividades informais, de pouca qualificação e baixa remuneração. Este quadro também não foi observado neste estudo apesar da pesquisa também ter sido realizada em uma maternidade pública.

Com relação ao estado civil, 09 (30%) participantes da pesquisa se diziam solteiras e 21 (70%) relataram ser casadas. Esse dado aponta para uma estrutura familiar com suporte social materno e paterno ditos adequados para a criação/educação de filhos, contrapondo os dados apontados na pesquisa de Gama et al. (2009), em que metade das mulheres entrevistadas numa maternidade pública, não vivia com o companheiro.

Quanto à renda total da família por mês, 18 mulheres (60%) possuíam entre 1 a 2 salários, 07 (23,4%) era menor que um salário mínimo, 04 (13,3%) possuíam renda entre 3 a 4 salários e 01 (3,3%) possuía de 5 a 6 salários. Segundo Freitas et al. (2005), diversas formas de desigualdade social têm sido associada aos riscos de cesárea, no Brasil e no mundo. Dentre elas podemos citar as desigualdades socioeconômicas. No Brasil, as taxas de cesárea são mais altas entre mulheres com melhores condições socioeconômicas. Contudo, isto não foi observado neste estudo, uma vez que a maioria das mulheres entrevistadas pertencia às classes economicamente mais baixas.

Dados obstétricos

Em relação aos dados obstétricos, no que diz respeito ao tipo de nascimento, 02 (6,7%) mulheres referiram um parto antes da cesárea atual, 02 (6,7%) referiram 2 partos antes da cesariana atual, 17 (56,7%) estavam na primeira cesárea, 07 (23,3%) na segunda cesariana e 02 (6,7%) na terceira cesariana.

Sakae; Freitas; d'Orsi (2009) mostram que as taxas de cesarianas foram mais elevadas entre primíparas e em múltiparas com cesárea anterior, quando comparadas àquelas onde o tipo de nascimento havia sido por via baixa. O presente estudo mostrou resultados semelhantes. Apenas 04 (13%) mulheres relataram ter realizado partos antes das cesarianas.

Um fato que chamou a atenção foi o número expressivo de mulheres que realizaram a cesárea pela primeira vez. Estudou indicam que uma cesárea prévia é indicação absoluta, entre os médicos, de uma outra, caso elas venham a engravidar novamente. A esse respeito, Freitas; Sakae; Jacomino (2008) encontraram maiores prevalências de cesarianas entre primíparas e em múltiparas com cesárea prévia. Acrescentam ainda que a maior prevalência de cesáreas entre primíparas tem sido descrita como inapropriada para justificar o procedimento. Maiores taxas entre esse grupo de mulheres devem ser investigadas, principalmente por que a existência de cesárea anterior carrega riscos acumulados de uma nova cesariana.

Quando as entrevistadas foram questionadas acerca da realização do pré-natal, todas referiram ter realizado consultas de pré-natal. Quanto ao número de consultas de pré-natal, 22 (73,4%) realizaram mais de sete consultas, 07 (23,3%) menos de sete consultas e 01 (3,3%) realizou sete consultas. Segundo dados do Datasus, no Brasil, vem-se registrando aumento do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,1 consultas por parto, em 2003 (BRASIL, 2005).

Freitas; Sakae; Jacomino (2008) encontraram maiores taxas de cesáreas em mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal. Para eles, o número de consultas de pré-natal associados à realização de cesariana pode ser influenciado pela presença de intercorrências durante a gestação, levando a um início mais precoce e/ou maior

número de consultas de pré-natal. Para Pádua et al. (2010), parece paradoxal, à primeira vista, a associação entre o número de consultas de pré-natal e uma maior porcentagem de cesarianas; mas gestantes com condições predisponentes à cesárea, se consultam mais.

Com relação ao serviço onde realizaram as consultas de pré-natal, 18 (60%) mulheres referiram ter realizado o pré-natal no setor público, em Estratégia Saúde da Família (ESF), 12 (40%) disseram ter realizado o pré-natal tanto no setor público, como no privado. Quando essas mulheres foram questionadas a respeito de ter sido o mesmo profissional que realizou o pré-natal e o parto, 25 (83,3%) disseram que não e 05 (16,7%) disseram que sim.

Fazendo-se uma associação entre as mulheres que realizaram pré-natal, tanto no setor público quanto no privado, pode-se perceber que elas possuíam maior idade (18 a 30 anos), escolaridade (de 10 a mais de 13 anos de estudo) e poder aquisitivo (mais de 2 salários), e que dentre as 12 que se submeteram à consultas no setor público e privado, 08 realizaram cesariana por escolha, pois não possuíam nenhuma indicação para cesárea.

Freitas et al. (2005) afirmam que os riscos associados às maiores escolaridades e idades maternas são parcialmente mediados pela maior frequência ao pré-natal. Assim, uma estratégia utilizada constantemente pelas mulheres com melhor condição socioeconômica para conseguir a cesariana no setor público, é negociá-la durante o pré-natal privado. Desse modo, a escolaridade parece aumentar as chances de cesariana, não apenas pela diferenciação econômica (pagamento por fora), mas também pela maior capacidade de negociação com o obstetra.

Nesse sentido, esses autores apontam que as altas taxas de cesárea, no Brasil, refletem fatores socioculturais da prática obstétrica (atitudes do médico, da mulher e de sua família). Mais ainda, é a organização da prática médica, assim como fatores institucionais, financeiros e legais, conhecidos como “a cultura da cesárea no Brasil”.

CESÁREA: ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A SUA REALIZAÇÃO

Motivos para a realização da cesárea

A partir do relato das mulheres sobre o motivo pelo qual foi realizado a cesárea, este foi percebido e categorizado em quatro aspectos principais: escolha (08 mulheres), iteratividade (09 mulheres), complicação na gestação (03 mulheres) e complicação no trabalho de parto (10 mulheres), conforme expresso no Quadro 1.

As que relataram a preferência por cesarianas não tinham indicação obstétrica para a cirurgia. O discurso da entrevistada a seguir, exemplifica essa visão:

“Não teve motivo, foi escolha” (senhora 28).

Segundo o depoimento das mulheres, elas tinham conhecimento acerca do procedimento e o desejaram mesmo assim. Barbosa et al. (2003) demonstram que o direito da mulher ao controle e poder sobre seu próprio corpo, bandeira do feminismo dos anos 60, foi apropriado pelos médicos para justificar a prática de cesarianas desnecessárias. Tal fato revela que, nesse processo, essas intervenções passam a ser chamadas de "cesárea a pedido" ou "cesárea eletiva", insinuando que a "cultura da cesárea" reflete um desejo feminino.

CATEGORIA	<i>f</i>
Escolha	08
Iteratividade	09
Complicação na gestação	03
Complicação no parto	10
Total	30

Quadro 01 – Motivos para a realização da cesárea, Cajazeiras, PB, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa/2011.

Contudo, essa aparente liberdade de escolha permitida às mulheres é, muitas vezes, acompanhada da falta de informações

sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e nascimento (MANDARINO et al., 2009).

Como a maternidade de Cajazeiras - PB é um órgão público, esperava-se que o número de cesarianas a pedido fosse realmente reduzido, pois segundo Reis et al. (2009), o SUS ainda se constitui numa barreira para sua realização.

Procurando ainda descobrir quais as razões que influenciaram a escolha dessas 08 mulheres por uma cesárea eletiva, foram destacados os seguintes fatores: o medo da dor, o medo de comprometer a anatomia e fisiologia da vagina e o desejo da laqueadura tubária. Esses desejos são expressos nos discursos a seguir:

(...) “Eu não estava a fim de me submeter a um parto normal, não queria sentir aquelas dores, tinha medo da dor” (senhora 28).

(...) “Também tinha medo de ter algum problema na genitália depois do parto, tinha medo de não ficar do mesmo jeito depois do parto normal” (senhora 08).

“Por que eu ia fazer a ligação, aí eu queria fazer cesárea” (senhora 25).

Como expresso no primeiro discurso (senhora 28), o medo da dor é fator importante que influencia na escolha pela cesariana. Para estas mulheres, a cesárea representava um parto programado e mais tranquilo que o parto normal.

O medo torna-se um fator sociocultural contribuinte para a realização da cesariana. Para Gonçalves; Missio (2009), a realidade desse medo está presente, geralmente, pela sensação de dor inerente ao trabalho de parto.

De acordo com Mandarino et al. (2009), esse medo que as mulheres têm da dor do parto vaginal, não é justificável, uma vez que o desconforto vivenciado pelas parturientes durante o trabalho de parto e o pós-parto não é muito diferente entre as duas vias de nascimento.

O discurso da senhora 08 mostra a escolha da cesariana como alternativa para preservar a anatomia feminina. Essa preocupação

com os danos à genitália são fatores culturais evidenciados na fala das mulheres que preferiram cesariana. Contudo, esse não foi o motivo maior da realização da cesárea eletiva dentre essas mulheres, pois apenas uma compartilhou dessa ideia. Assim como no estudo de Mandarino et al. (2009), esse medo foi muito pouco referenciado pelas mulheres.

O terceiro fator que influenciou na escolha pela cesárea foi a possibilidade de realizar laqueadura tubária (senhora 25). As mulheres alegaram não querer mais ter filhos e por isso solicitaram a laqueadura tubária, uma vez que com o advento da cirurgia, a laqueadura iria ser realizada, não necessitando de outra cirurgia para efetivar o procedimento.

Conforme Pádua et al. (2010), apesar da lei do planejamento familiar ser bastante restrita quanto à realização da laqueadura durante a cesariana, há estudos que apontam que essa prática não foi abandonada.

Conforme Moura; Vieira (2010), no Brasil, em 2006, 29,1% das mulheres com união estável tinham laqueadura tubária. A Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, art.10, que regulamenta a laqueadura tubária, determina que a pessoa solicitante tenha capacidade civil plena, seja maior de 25 anos ou tenha, pelo menos, dois filhos vivos. A laqueadura só poderá ser realizada após decorrido, no mínimo, 60 dias depois da vontade demonstrada de realizá-la, período no qual será oferecido a interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce. A laqueadura tubária, portanto, não pode ser realizada durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos onde é comprovada sua necessidade, por cesarianas anteriores.

A iteratividade, por sua vez, foi categorizada como um dos motivos para a realização de cesárea, dentre 09 mulheres entrevistadas, o que pode ser observado no discurso mencionado a seguir:

(...) “Porque o médico que fez minha primeira cesárea disse que se eu chegasse a engravidar os próximos filhos também seriam cesáreas” (senhora 22).

Como expresso na fala da senhora 22 a sentença de “uma vez cesárea, sempre cesárea”, preconizada por Grangi, em 1916, fez com que o antecedente de cesárea se consolidasse, ao longo da história, como um fator de risco para uma nova cesárea (SOUZA JUNIOR et al., 2007).

Para Cecatti et al. (2000), as justificativas para a realização de cesárea em mulheres com cesariana anterior é bastante antiga. Contudo, não apresenta substrato obstétrico na atualidade. Vários trabalhos demonstram boas chances de sucesso e praticamente ausência de riscos para a mãe e o filho, com a realização de um parto nessas condições.

A terceira categoria diz respeito às complicações durante a gestação que motivaram a realização da cesariana. Da amostra, 03 mulheres realizaram cesariana por complicações durante a gestação, que foram, a hipertensão arterial, o pós-datismo e a placenta prévia. Estas condições podem ser evidenciadas pelos discursos a seguir:

“Foi por causa da minha pressão que era alta, também tava perdendo líquido, por isso que foi cesárea” (senhora 07).

“Eu vim pro hospital por que tava passando do dia de ter, aí o médico fez o exame de toque e disse que eu não tinha dilatação, mais eu não estava sentindo dor, nada” (senhora 09).

“Foi porque meu neném tava colado” (senhora 18).

Segundo Campana; Pelloso (2007), a síndrome hipertensiva caracteriza-se como intercorrência obstétrica que tem contribuído para o aumento das taxas de cesariana. As complicações existentes nas gestações de alto risco, como doença hipertensiva, muitas vezes demanda a interrupção prematura da gravidez, provocando o aumento na incidência de cesáreas.

Dentre as complicações que motivaram a realização de cesarianas na maternidade de Cajazeiras – PB está o pós-datismo, também conhecido como gestação prolongada, que segundo Chaves Netto; Sá (2007), é a gestação que ultrapassa 42 semanas, e é indicação absoluta de cesariana, quando o feto apresenta sinais de sofrimento.

Outra complicação na gestação que foi indicada como motivo para cesariana, no presente estudo, foi a presença de placenta prévia. Essa complicação foi compreendida e encontrada a partir de consulta ao prontuário da mulher entrevistada, uma vez que no seu discurso (senhora 18) não foi possível identificar a complicação existente. Segundo Chaves Netto; Sá (2007), em qualquer caso de placenta prévia total, a indicação de cesárea é absoluta. Estando o feto vivo e viável, a indicação é materno-fetal, caso contrário, a indicação é materna.

Uma outra categoria percebida quanto ao motivo para a realização da cesariana foi a de complicações durante o trabalho de parto (10 mulheres). Dentre as complicações, podem ser citadas a posição pélvica, a desproporção cefalopélvica, a falta de dilatação cervical e o sofrimento fetal. Essa realidade é apresentada nos discursos que seguem:

“Foi porque a menina tava sentada e eu já tinha perdido o líquido todinho” (senhora 11).

“Foi porque viram que a criança era muito gorda e muito grande e eu não tinha passagem, nem dilatação” (senhora 13).

“Foi porque eu não tinha dilatação” (senhora 03).

“Foi porque no último toque apareceu um líquido amarelo” (senhora 01).

De acordo com Amorim; Souza; Porto (2010), a via de parto em gestantes com fetos em apresentação pélvica ainda permanece incerta. Em alguns países, a frequência de cesáreas por apresentação pélvica pode chegar a 80%, fato este justificado porque o parto pélvico pode se associar ao aumento da morbimortalidade neonatal.

Com relação às intercorrências obstétricas, encontradas no momento do parto, podemos citar a desproporção cefalopélvica (DCP), que também foi encontrada nesta pesquisa. Conforme Amorim; Souza; Porto (2010), a DCP representa uma das mais frequentes indicações de cesariana. Nesse caso, o diagnóstico só pode ser realizado durante o trabalho de parto, baseado nos dados de sua evolução, conforme registro no partograma.

Outra complicação observada no trabalho de parto que gerou a opção pela cesariana foi a ausência de dilatação. d'Orsi et al. (2003) observaram que a dilatação cervical no momento da admissão continuava a ser uma das variáveis mais fortemente associadas ao tipo de nascimento. Mulheres admitidas com dilatação menor que 3 centímetros tiveram uma chance de cesariana 8,5 vezes maior, comparadas com as admitidas com 3 ou mais centímetros de dilatação.

Conforme Sakae; Freitas; d'Orsi (2009), a taxa de cesárea entre mulheres admitidas com colo fechado foi quatro vezes maior do que naquelas com 1 centímetro ou mais de dilatação, e manteve o efeito após ajuste para indicação de cesárea. Tais achados revelam que a forte associação entre reduzida dilatação cervical, no momento da admissão, e tipo de nascimento reafirma a importância de evitar a admissão hospitalar precoce, erroneamente associada ao diagnóstico de trabalho de parto prolongado.

Além da desproporção cefalopélvica e não dilatação cervical, o sofrimento fetal por aspiração de mecônio também foi indicativo de cesariana, entre as mulheres desse estudo. Segundo Espinheira et al. (2011), o líquido amniótico com presença de mecônio é observado em 8% a 15% dos recém-nascidos.

Dentre os motivos encontrados como complicação durante o parto e como justificativa para a realização de cesariana, todos foram justificados como indicativos de interrupção cirúrgica da gestação, exceto a ausência de dilatação, uma vez que, segundo Chaves Netto; Sá (2007), não se deve banalizar as indicações de cesarianas com colos que não dilatam ou úteros que não se contraem, circunstâncias bastante raras na obstetrícia.

Segundo Pádua et al. (2010), a evolução do trabalho de parto costuma ser mais demorada em primíparas. Um fato observado neste estudo foi que a maioria das mulheres que realizou cesariana por falta de dilatação era primípara, levando-nos ao seguinte questionamento: A realização da cesariana nestas mulheres foi por ausência de dilatação ou por interesses obstétricos? Corroborando Freitas et al. (2005), para o obstetra, a realização de cesariana significa maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho, influenciando assim a decisão pela cesárea.

Tendência das mulheres para a realização de cesárea

Esta temática surgiu a partir do questionamento: “Se você pudesse escolher, queria que seu parto fosse cesárea? Por quê?”. Era esperado que a maioria das mulheres respondesse que sim. No entanto, metade das entrevistadas respondeu não, alegando que a recuperação depois de uma cesariana é mais demorada. Das mulheres que responderam sim, conforme a categorização expressa no Quadro 02, 05 justificaram a escolha por medo das dores do parto e 10 para fazer a laqueadura tubária. Esses fatos estão representados nos discursos que seguem:

“Não, porque a recuperação é mais demorada, fico na dependência de outras pessoas, minha mãe, minha cunhada e ninguém tem tempo pra cuidar de mim” (senhora 03).

“Sim, tinha medo de sentir dor. Só que a cesárea dói mais” (senhora 02).

“Sim, pois eu aproveitei e fiz a ligação” (senhora 26).

Primo; Amorim; Castro (2007) apontam estudo sobre a expectativa das mulheres quanto ao tipo de nascimento, em que o parto normal era o tipo de nascimento esperado pela maioria das mulheres, sendo que essa expectativa diminuiu dentre aquelas com cesárea prévia. A principal justificativa para a preferência da via vaginal é a recuperação mais rápida. Entretanto, as razões para a escolha da cesárea foram o receio de sofrer dores e complicações consigo ou com o recém-nascido, entre outros.

CATEGORIA	f
Sim, por medo da dor	05
Sim, para realizar laqueadura tubária	10
Não, pela recuperação mais demorada	15
Total	30

Quadro 02 – Tendência das mulheres para realização de cesárea, Cajazeiras – PB, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa/2011.

Acerca do medo da dor do parto, apontado pelas entrevistadas, Mandarinino et al. (2009) e Barbosa et al. (2003) também encontraram resultados semelhantes em suas pesquisas. O considerável número de mulheres, nesta pesquisa em análise, que preferiu cesariana pela possibilidade de realização de laqueadura tubária está em consonância com os estudos de Barbosa et al. (2003) e Oliveira et al. (2002).

Constatou-se, a partir dessa temática, que as percepções femininas sobre o tipo de nascimento vêm passando por transformações, pois é cada vez maior o número de mulheres que preferem o parto normal como tipo de nascimento, uma mudança boa na prática obstétrica que deve ser colocada em prática, quando não ocorrer nenhuma indicação clínica de cesariana.

Laqueadura tubária: razões da sua realização

Das 30 mulheres entrevistadas, 10 referiram ter realizado laqueadura tubária. A realização de cesarianas por conta de ligação das trompas é uma realidade vivenciada na prática obstétrica. Conforme demonstrado no Quadro 03, dentre as razões para a realização da laqueadura tubária estão o desejo dessas mulheres de não terem mais filhos (09 mulheres) e os problemas de saúde que as impedem de os terem (01 mulher). Os discursos a seguir ilustram esse fato:

“Sim, porque já tinha filho demais pra dá trabalho e também já tinha tido um aborto, aí já tava bom” (senhora 18).

“Sim, porque eu não queria ter mais filho, porque era tudo gravidez de risco” (senhora 07).

A legislação brasileira indica condições para a realização da esterilização feminina voluntária nos serviços de saúde, incluindo informação e acesso a todos os métodos contraceptivos reversíveis, preconizados pelo Ministério da Saúde. Essa medida tem a intenção de possibilitar que mulheres mal informadas ou sem acesso às alternativas contraceptivas possam reavaliar sua opção (CARVALHO; SCHOR, 2005).

CATEGORIA	f
Não querer mais filhos	09
Problemas de saúde	01
Total	10

Quadro 03 – Laqueadura tubária: razões para sua realização, Cajazeiras, PB, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa/2011.

Para essas mulheres a ligação das trompas era representada como a única alternativa confiável e segura de evitar uma nova gestação. A necessidade da contracepção, claramente vivenciada por elas, contrapõe-se à angústia de não saber como controlar efetivamente a sua fecundidade, em vista de insucessos frequentes, traduzidos no incômodo de suportar efeitos colaterais e, principalmente, em gravidezes indesejadas. O papel reprodutivo é socialmente imposto às mulheres, como se a responsabilidade fosse unicamente sua, de maneira que os insucessos nessa área acabam sendo atribuídos à sua incapacidade pessoal de controlá-lo. Nesse contexto, a laqueadura aparece como a melhor opção (OSIS et al., 1999).

Referindo-se à ligação das trompas, o MS, por meio da Lei 9.263 e da Resolução 928 de 19 de agosto de 1997, dispõe, também, que a esterilização é permitida às mulheres com risco a sua vida ou saúde ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito por dois médicos (BAREIRO et al., 2009). Neste estudo, apenas uma mulher realizou laqueadura tubária por conta de riscos a sua saúde. As mulheres desta amostra que realizaram laqueadura tubária eram jovens, com idade variando de 23 a 33 anos de idade, a maioria (06 mulheres) com dois filhos vivos.

Assim, todas as mulheres estavam respaldadas pela lei da laqueadura tubária seja pelo número de filhos, seja pela idade. Contudo, eram mulheres ainda em idade fértil e uma esterilização definitiva pareceu uma medida precoce. Ainda assim, a realização de cesariana para laqueadura tubária é o que mais se vê atualmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cesariana é um procedimento indispensável na obstetrícia contemporânea, no entanto, a utilização indiscriminada desse procedimento vem aumentando sua incidência.

Essa pesquisa possibilitou identificar os fatores que influenciam para a realização de cesáreas, bem como caracterizar as mulheres que realizaram cesariana na maternidade do município de Cajazeiras - PB.

No que diz respeito aos dados sócio demográficos e obstétricos dessas mulheres, podemos caracterizá-las como mulheres jovens, de escolaridade satisfatória, casadas, pertencentes às classes economicamente mais baixas. Quanto aos dados obstétricos, a maioria das mulheres era primípara e múltipara com uma cesárea anterior. A maioria realizou mais de sete consultas de pré-natal e essas consultas foram realizadas no setor público.

Dentre os motivos para a realização da cesariana, o que prevaleceu foram as complicações durante o trabalho de parto. Contudo, houve um número expressivo de mulheres que realizou cesariana por opção, revelando a necessidade de os profissionais que acompanham as mulheres durante o pré-natal informarem sobre os tipos de nascimento, uma vez que a cesariana, como todo procedimento cirúrgico, acarreta riscos. Acreditamos que este ponto seja a chave para mudanças de conceitos e, para tanto, deve ser compreendido e exaustivamente trabalhado dentro das consultas de pré-natal. Já se nota uma diferença na prática obstétrica, pois a maioria das mulheres entrevistadas relatou preferir o parto como tipo de nascimento.

A realização de laqueadura tubária com o advento da cesariana também foi uma realidade encontrada. Perceberam-se lacunas relacionadas à informação às mulheres no atendimento em nível primário de assistência à saúde, mostrando ser necessária uma assistência de qualidade durante o planejamento familiar, garantindo informações sobre os métodos contraceptivos existentes, a fim de se evitar esterilizações precoces. Ao enfermeiro que atende essas mulheres, cabe trabalhar como agente de mudanças e educador durante todos os momentos de atendimento à saúde da mulher.

A tarefa de ensinar é uma das atividades desempenhadas pela enfermagem e tem como objetivo fundamental a promoção da saúde.

Assim, nas consultas de enfermagem, a enfermeira deve assegurar a assistência integral a essa população de mulheres, realizando atendimento oportuno nos aspectos preventivos, educativos e terapêuticos.

Essa pesquisa revelou que não só os fatores biológicos influenciam para a realização de cesarianas, demonstrando assim, a necessidade da enfermagem como veiculadora de transformações, devido a sua capacidade educacional, usar as consultas de pré-natal para subsidiar ações que visem minimizar a realização de cesarianas.

Apesar do perfil da população atendida na maternidade revelar risco para a cesárea, evidenciou-se a necessidade de repensar a prática obstétrica, a qual tem interferido na qualidade e humanização da assistência ao parto, prestada a cada mulher.

Frente ao exposto, esse estudo visa contribuir através das informações relatadas, na busca por ações que procurem diminuir os índices de cesarianas, bem como melhorar a prática obstétrica vigente.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, v. 38, n. 8, p. 415-22, ago. 2010.

BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p. 1611-20, nov./dez. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BAREIRO, A. O. G. et al. **Esterilização feminina: indicação**. Projeto diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina-2009. Disponível em <<http://www.saudedireta.com.br>> Acesso em: 28 maio 2011.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 134–54, jun. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/15.pdf>> Acesso em: 28 maio 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº.196**, de 10 de outubro de 1996.

_____, Ministério da Saúde. Manual técnico: **Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2005.

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 51–63, jan./abr. 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 13 dez. 2010.

CARVALHO, M. L. O.; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 788-94, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26300.pdf>>. Acesso em: 31 maio de 2011.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 960-7, nov./dez. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

CECATTI, J. G. et al. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. **RBGO**, v. 22, n. 3, p. 175-9, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n3/12166.pdf>>. Acesso em: 15 maio de 2011.

CHAVES NETTO, H.; SÁ, R. A. M. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

d'ORSI E. et al. Fatores associados à realização de cesáreas em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2067-78, out. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/05.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2011.

ESPINHEIRA, M. C. et al. Síndrome de aspiração meconial – experiência de um centro terciário. **Rev. Port Pneumol**, v. 11, n.2, p. 71-6, 2011.

Disponível em <www.elsevier.pt/pt/revistas/.../sindrome-aspiracao-meconial---experi> Acesso em: 30 maio 2011.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1051-61, maio, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/12.pdf>> Acesso em: 30 maio 2011.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 761-7, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26296.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2011.

GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2480-88, nov. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/17.pdf>> Acesso em: 13 maio 2011.

GIGLIO, M. R. P.; LAMOUNIER, J. A.; MORAIS NETO, O. L. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano 2000. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 350-7, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24787.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2010.

GONÇALVES, A. K.; MISSIO, L. Fatores determinantes para as expectativas de gestantes acerca da via de parto. In: Encontro de Iniciação Científica – ENIC. Mato Grosso do Sul – 2009. **Anais eletrônicos**. Mato Grosso do Sul – UEMS, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uems.br/index.php/enic7/article/view/1654>> Acesso em: 15 maio 2011.

MANDARINO, N. R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-96, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>> Acessado em: 15 maio 2011.

MOURA, E. R. F.; VIEIRA, R. P. R. Reconstrução cirúrgica tubária e condições de realização das laqueaduras. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n.3, p. 536-43, set. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n3/v31n3a18.pdf>> Acesso em: 15 maio 2011.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 667-74, set./out. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf> >. Acesso em: 1º maio 2011.

OSIS, M. J. D. et al. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: mo caso da laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 521-32, jul./set. 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0491.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2011.

PÁDUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 70-9, 2010. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n1/08.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2010.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 161-7, Abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a02.pdf>> Acesso em: 05 fev. 2010.

REIS, S. L. S. et al. Parto normal X parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/53-01/08-262-parto_normal_x_parto_cesario.pdf> Acesso em: 05 fev. 2010.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; d'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 472-80, 2009. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/6844.pdf> >. Acesso em: 05 nov. 2010.

SOUZA JUNIOR, J. C. et al. Equidade inversa e desigualdades no acesso à tecnologia no parto em Santa Catarina, Brasil, 2000 a 2004. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 4, p. 397-403, out./dez. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a07v7n4.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2010

CAPÍTULO 8

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MULHERES NO CLIMATÉRIO

Renan Alves Silva
Marina Mendes Luiz
Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Luiz Carlos de Abreu

O envelhecimento populacional tornou-se nos últimos anos e a partir de 1980, fenômeno mundial, inicialmente nos países desenvolvidos, onde o número de idosos, particularmente, o gênero feminino é considerado alarmante, obtendo maiores proporções nesse intervalo de tempo nos países subdesenvolvidos ou emergentes. O incremento na população de idosos é reflexo, principalmente, da diminuição do crescimento populacional, resultante da queda da mortalidade, associada a uma queda acentuada das taxas de fecundidade. Considera-se de extrema importância conhecer a variação populacional de um país, para subsidiar a formulação de políticas públicas em geral, pois permite dimensionar demandas como, acesso a serviços e equipamentos básicos de saúde e saneamento, dentre outras (BRASIL, 2010a).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) ocorrerá um aumento de idosos de forma significativa entre os anos de 1990 a 2025, sendo que este valor pode chegar a sete ou oito vezes mais em vários países. Convém aqui, no entanto, destacar a realidade brasileira entre os anos de 1980 a 2000: essa proporção aumentou de 6,1% para 8,6%, evidenciando alguns estudos que, para o ano de 2025 pode chegar a 14%, cerca do dobro do percentual previsto pela OMS, quando se refere ao índice de idosos nos últimos anos (DE LORENZI et al., 2009).

Esse fato surge para a sociedade contemporânea como um desafio a ser enfrentado pela saúde pública, pois apresenta sérias implicações sociais, uma vez que o aumento na longevidade deveria ser acompanhado de crescente desenvolvimento tecnológico e científico, capaz de proporcionar melhora significativa na qualidade de vida das pessoas que estão envelhecendo, chamados popularmente de idosos. No entanto, percebe-se que têm ocorrido ganhos na

qualidade de vida de uma minoria da população mundial (DE LORENZI et al., 2009).

O Brasil atualmente passa por um acelerado processo de industrialização e urbanização, configurando-se com um intenso impacto na dinâmica populacional, com melhorias em alguns aspectos, como no campo cultural e sanitário, resultando na diminuição do índice de mortalidade e da fecundidade e, com efeito, em um aumento da população que envelhece. Isso se dá conforme a inserção de novos processos de trabalho determinado por mudanças no estilo de vida, devido à estimulação da globalização de mercados e da comunicação (BRASIL, 2008).

Percebemos assim que surgem novos olhares em relação à qualidade de atenção a populações que caminham para a senilidade, sendo importante dar maior atenção a questões não totalmente resolvidas. Entre elas, merece destaque o surgimento de políticas públicas de saúde que visa à promoção da saúde e à prevenção de doenças, as quais são objetos de contínua reflexão, na busca de restabelecer o que está para ser configurado como prioritário no atendimento humanizado e ampliado em termos de saúde.

Com a implementação de políticas promotoras de saúde, compreendidas pelo Ministério da Saúde como Modos de Viver Saudáveis tem-se uma melhor estruturação do sistema de vigilância em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), permitindo expor seus fatores de risco e de proteção, em conformidade com os parâmetros adotados pelas diretrizes de Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde e Prevenção do Tabagismo, propostas pela OMS, em 2004, cujas medidas possibilitaram a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, visando a assumir o compromisso com a população, como responsável pela ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2008).

O incentivo a tais práticas provocou mudanças significativas nos padrões de qualidade de saúde da população brasileira, em oposição ao modelo biomédico (centrado em práticas individuais sem considerar a inserção sociocultural que cerca o indivíduo em questão), ressaltando a importância da prática de suas ações enfocadas na prevenção de doenças e na recuperação da condição de saúde, endossando os aspectos promocionais em saúde que já

estavam descritos na Lei n 8080/90. Mediante os avanços ocorridos nesse processo, o conceito promoção da saúde precisa ser objeto de estudo, para melhor ser entendido e disseminado na realidade brasileira (BRASIL, 2010b).

Frente ao exposto, deve ser percebido que a promoção da saúde apresenta certo grau de significância, devido estar atrelada a uma condição de resposta social a problemas de saúde, pois, por longos anos, a prática de saúde brasileira apresentou grandes investimentos em uma assistência médica curativa e individual. A promoção da saúde foi sugerida por alguns representantes sociais, principalmente os militantes do processo de Reforma Sanitária Brasileira, entre eles profissionais de saúde e usuários; destacando-se a necessidade de incluir medidas preventivas e aspectos promocionais da condição de saúde, como forma de garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde (BUSS, 2000).

Esses avanços foram percebidos a partir da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, tendo como tema “Democracia é Saúde”, constituída em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (BRASIL, 2010b).

Este encontro foi marcado pela revolução dos parâmetros de atenção em saúde, almejados a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ocorrido na década de 80, do século XX. Foi o momento de afirmação dos princípios éticos que regem o SUS, configurando-se na busca da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e dos demais direitos humanos e de cidadania. Ao final desse evento, lançou-se base de um relatório final que culminou nos fundamentos e bases para proposta do SUS (BRASIL, 2010b).

Na base do processo de criação do SUS encontram-se diversos conceitos que necessitam ser diretamente revistos, com o intuito de proporcionar a saúde ao povo brasileiro, induzindo a criação de políticas e estratégias que favoreçam a busca pela promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, desde que exista a participação social na construção do sistema e das políticas de saúde, e que o setor sanitário não responda sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes que imperam sobre as circunstâncias do processo

saúde-doença, a fim de garantir opções saudáveis para a população (BRASIL, 2010b).

Assim, o SUS, estruturado como política do Estado brasileiro, deve buscar e possibilitar a melhoria crescente na qualidade de vida, afirmando o direito à vida e à saúde, como diálogo sustentador nas inúmeras reflexões e movimentos, no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2010b).

Martins; Barreto (2008) afirmam que para que a população atue na qualidade de vida e saúde convém idealizar e realizar ações que visem à promoção da saúde. Para tanto, faz-se necessário, principalmente, que os profissionais responsáveis sejam capacitados, estimulados e determinados a alcançar o bem-estar das pessoas assistidas por eles e, constantemente, tenham atitudes voltadas à prevenção de doenças, agravos e incapacidades, a fim de que haja economia de recursos assistenciais.

Aponta-se assim, a necessidade de ver esse processo em nível nacional, pois a atenção à saúde da população mais idosa ainda é partilhada com questões não totalmente resolvidas, como a mortalidade infantil e o controle das endemias, presentes em curso do século XXI, que por sua vez, encontram-se resolvidas em outros países. Tal fato divide a atenção dos profissionais de saúde, bem como de que forma os recursos financeiros disponíveis para investimentos nos campos da saúde serão empregados. A esse respeito, não podemos desconsiderar o aumento das afecções crônicas degenerativas, com o passar dos anos, refletido no envelhecimento populacional, nem sempre acompanhado de políticas de saúde específicas voltadas à promoção da saúde (DE LORENZI et al., 2009).

Toda sociedade anseia pelo prolongamento da vida, que, segundo Veras (2009, p. 549), só pode ser avaliado como uma conquista concreta, a que a qualidade de vida está associada. Deste modo, qualquer política que inclua a pessoa idosa (com destaque às mulheres, pelo contingente populacional) é importante que seja considerada “a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de autossatisfação, bem como o incentivo, essencialmente, a prevenção de agravos, ao cuidado e a atenção integral à saúde”.

Abordando a longevidade/envelhecimento populacional, Trindade; Ferreira (2009) destacam que 50,77% da população brasileira é composta por mulheres, sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Elas apresentam taxa de longevidade maior que os homens, mas são mais vulneráveis a certas doenças; a maioria das causas de mortes está relacionada à situação de discriminação na sociedade, que aos fatores biológicos.

Com o aumento da expectativa de vida das mulheres e seu ímpeto sobre a saúde das mesmas é inevitável que algumas medidas sejam adotadas, com o intuito de obter melhor qualidade de vida, durante e após o climatério. Assim sendo, é necessário que todas tenham acesso à informação em saúde, na tentativa de melhor compreender e integrar as alterações desta fase no seu ciclo de vida, para que não sejam consideradas sinônimos de velhice, improdutividade e fim da sexualidade (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010).

Santos et al. (2007) afirmam que apesar do expressivo avanço da expectativa de vida das mulheres, principalmente com idade acima dos 45 anos, a assistência à saúde frente ao climatério ainda é inadequada, pois são frequentes as queixas nas consultas de atenção primária à saúde, revelando uma queda na qualidade de vida deste grupo.

Nessa perspectiva, chama-nos a atenção de que, também, devem haver esforços quanto à qualidade de vida de mulheres que vivenciam o climatério e que esta população feminina conheça melhores condições de vida, para envelhecer com qualidade.

Ressaltando que não só deve se levar em conta como essas mulheres encaram o climatério ou a menopausa, mas as questões relacionadas à feminilidade, vida sexual e social, à aparência, à independência e a sua percepção e impressão da vida. Nessas circunstâncias, muitas mulheres têm sofrimento psíquico, não apenas relacionado ao fato da perda da capacidade reprodutiva, decorrente da menopausa, mas ao enfrentamento do próprio envelhecimento, atrelado aos problemas de saúde e financeiros, ao nível de satisfação com a vivência da sexualidade junto ao companheiro e algum desajuste familiar (FREITAS; SILVA; SILVA, 2004). Devido a esses fatos, espera-se que ocorra um aumento progressivo pela

procura dos serviços de saúde especializados, por mulheres que estejam atravessando a fase do climatério.

A assistência ao climatério tem passado, nesses últimos anos, por modificação de paradigmas, impondo aos profissionais de saúde mudança de atitude no reconhecimento dos fatores influenciáveis da vida da mulher, sejam eles biológicos, psicossociais ou culturais. Esse conhecimento é fundamental para estabelecer uma assistência mais qualificada e humanizada a essa clientela.

O acesso à saúde e a bens e serviços tem sido uma luta da população em geral, no sentido de ampliá-los, melhorá-los e efetivá-los. Nessa luta, destacam-se as mulheres, por serem, na essência, cuidadoras. Entretanto, cabe enfatizar a necessidade de outros enfoques relacionados à saúde da mulher, pois ainda vigoram os conceitos relativos aos aspectos anatômicos e biológicos, valorizando, como principal atributo, a função reprodutiva e a maternidade (TRINDADE; FERREIRA, 2009).

O climatério é um período da vida da mulher definido por uma série de alterações que, segundo Freitas; Silva; Silva (2004), são decorrentes da diminuição dos hormônios ovarianos, tornando as mulheres vulneráveis ao aparecimento de sinais e sintomas, que causam desconfortos leves ou intensos. Alguns dos sintomas que acometem as mulheres nessa fase podem ser os fogachos ou ondas de calor, insônia, fadiga, irritabilidade, depressão, sudorese, palpitações, cefaléia, amnésia, alterações genitourinárias, estresse. Podem ocorrer, também, desajustes conjugais e problemas familiares.

Nesse período, a sexualidade assume lugar de destaque; na maioria das vezes, decorrentes das mudanças e características reprodutivas, aspecto este que delimita esta fase como preocupante na atenção a saúde da mulher. E para que as mulheres vivenciem essa fase de forma positiva, convivendo com as mudanças e aproveitando as experiências, faz-se necessário a participação e orientação de uma equipe multiprofissional, de modo que se sintam mais à vontade para expressar suas dúvidas e anseios e busquem alternativas para solucioná-los (SANTOS; CAMPOY, 2008).

Atualmente, estudos apontam que os propósitos da enfermagem, enquanto ciência, são encontrar e fornecer subsídios para uma melhor assistência, sendo necessário identificar os aspectos positivos e negativos vivenciados por mulheres climatéricas, em seus

mais diversos aspectos, principalmente no que se refere à vulnerabilidade à depressão, muitas vezes relacionada ao gênero feminino, devido às variáveis sociais, com destaque para gestações, jornada de trabalho, oscilações de humor e alterações hormonais (FLEKE et al., 2002).

Existe uma maior tendência à depressão no climatério associada ao medo de envelhecer e a percepção de proximidade da morte, sentimentos estes agravados pela sensação de inutilidade ou carência afetiva (DE LORENZI et al., 2006).

Sendo assim, a assistência prestada à mulher deve ser planejada com enfoque global, evidenciando todos os aspectos do ser humano, dentro da sua singularidade, para o atendimento das suas necessidades. A esse respeito, muitos profissionais enfrentam dificuldades, particularmente, os profissionais da enfermagem, cuja formação foi biomédica, curativo/terapêutica, considerando que “a Enfermagem, ao longo de toda sua história, foi direcionada para abordar o cliente como um ser destituído do sexo” (FERNANDEZ; GIR; HAYASHIDA, 2005, p. 130).

Frente a isso, supõe-se que os profissionais no atendimento à saúde da mulher, muitas vezes não evidenciam os sinais e sintomas desse período de vida como algo característico do climatério. Assim, a mulher não obtém cuidados específicos, revelando uma assistência precária.

Por isso, consideramos como fundamental que os profissionais de enfermagem reconheçam essas alterações com o objetivo de prestar uma assistência integral e com equidade, visando o bem estar e a qualidade de vida das mulheres.

Em termos numéricos, pesquisas mostram que os estudos realizados envolvendo a mulher climatérica, de forma holística, ainda são reduzidos ou pouco divulgados, o que pode estar relacionado ao sistema de saúde vigente, que ainda privilegia o modelo curativista, observando-se uma tendência de “medicalização” da atenção prestada. Outras práticas, não habituais dos serviços de saúde, são a informação e a educação para a saúde, que são consideradas indispensáveis ao autocuidado e à participação ativa da mulher nas decisões sobre o cuidado com seu corpo (BERNI; LUZ; KOHLRAUSCH, 2007).

De acordo com Silva; Araújo; Silva (2003), o método preventivo é a medida mais importante a ser utilizada diante das mulheres climatéricas, contemplado através da promoção do esclarecimento e do autoconhecimento, a fim de preparar as mulheres para encarar e superar as mudanças e perturbações que podem ocorrer nesse período.

Diante disso, os profissionais de saúde precisam utilizar a educação em saúde como uma maneira de integrar a mulher nessa nova fase; que essa prática seja habitual na assistência à saúde da mulher. Para isso, devem interferir e/ou cooperar nesse período, empregando esclarecimentos sobre percepções errôneas, preconceituosas e excludentes, com o objetivo de desenvolver uma nova visão sobre essa fase da vida feminina (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010).

Os autores supracitados ainda afirmam que o acolhimento, a escuta qualificada, a formação de grupos de apoio e a relação dos profissionais de saúde com as mulheres são instrumentos que precisam ser valorizados e utilizados nesse contexto, de forma a proporcionar que o climatério seja encarado como um momento de redescoberta, de construção de novos sonhos e um estimulante recomeço.

De acordo com o Manual de Atenção à Saúde da Mulher no Climatério, nesta etapa da vida, promover a saúde das mulheres significa considerar a relação de cada uma com seu próprio corpo, com as mudanças visíveis que estão ocorrendo nele e suas reações físicas e emocionais. É reconhecer os reflexos de suas relações na família, no emprego e na sociedade, ouvindo-as e garantindo-lhes a palavra, construindo espaços de diálogo, tanto individualmente, como também em grupo, para que possa haver aprofundamento na vivência, maior compreensão da questão e intercâmbio coletivo de experiências entre as próprias mulheres, facilitando a aquisição de novos conceitos, mudanças na mentalidade e modo de vida (BRASIL, 2008).

Segundo a Política de Promoção da Saúde, é dever dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) promover saúde e qualidade de vida. Todavia as ações e estratégias específicas para tal ainda são incipientes (BRASIL, 2010b).

Nesse intuito, vale salientar que os profissionais de saúde, durante conversa e/ou consulta com mulheres climatéricas, devem utilizar informações claras e sucintas sobre as transformações que ocorrem no seu organismo, enfocando orientações relacionadas à importância de agrupar hábitos alimentares nutritivos e uma rotina com prática de atividades físicas, o que contribui para diminuir o estresse e a depressão, para a manutenção e fortalecimento da massa muscular e óssea, para a melhora da função cardiocirculatória e à sensação de bem-estar, pela produção de endorfinas, dentre outros benefícios (BRASIL, 2008).

Partindo deste pressuposto, Mendonça (2004, p.754) afirma que:

(...) a ideia de mudanças no estilo de vida vai ter de ser trabalhada, levando-se em conta as condições de vida e os valores em relação à alimentação, ao tempo disponível para os cuidados de si, as representações do corpo e do tempo socialmente úteis, entre outros.

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para encarar os diversos problemas de saúde que afligem as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, devem ser articulados os saberes técnicos e/ou populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Coloca-se em pauta, nesses tempos, o surgimento de políticas sociais e de saúde que possam oferecer educação, informação e suporte emocional como forma de ajudar a essas mulheres a vivenciarem melhor esta experiência, tendo por base o ensino das práticas de autocuidado, em uma abordagem multidisciplinar, a fim de esclarecer e preparar melhor as mulheres (NETTO; GORAYEB, 2005).

O investimento no autocuidado, com medidas simples como não fumar, garantir um sono adequado, tomar sol pela manhã ou cuidar da pele, fazem bem para a autoestima em qualquer fase da vida, especialmente no climatério, em que as pequenas mudanças, se bem conduzidas, proporcionam resultados positivos. As mulheres que se mantêm ativas nas atividades de rotina, quer seja no cuidado

com plantas, como no exercício das funções profissionais e sociais, apresentam menos desconfortos e queixas (BRASIL, 2008).

A enfermagem por ser uma profissão essencialmente feminina, pode facilitar o acolhimento e atendimento às necessidades e desejos das mulheres. Por isso, configura-se que os profissionais de enfermagem sejam capazes de implementar estratégias de melhoria ao atendimento à mulher que, ao tempo em que contemplasse as suas demandas de cuidados, proporcionasse um espaço de discussão e integração, que fizesse emergir a subjetividade e o intercâmbio de saberes e experiências (TRINDADE; FERREIRA, 2009).

Muitos estudos analisam que os efeitos da educação em saúde quanto às mudanças de atitude do climatério ou menopausa se dá estritamente na adesão rigorosa, não apenas ao tratamento farmacológico, mas sim, à implementação de melhores condições de vida, conforme já mencionado. O fato é que parece haver falta de informação quanto a este processo na vida das mulheres climatéricas, sobre as formas de tratamento da síndrome do climatério, o que gera dúvidas e inseguranças (VALADARES et al., 2008).

Este breve ensaio nos permitiu perceber que inúmeros estudos, quantitativos e qualitativos, estão em andamento concentrando seus objetivos em evidenciar e verificar quais são os fatores considerados impactantes na diminuição da qualidade de vida, refletindo nas condições de saúde deficiente da população, particularmente à mulher no climatério.

Outras pesquisas enfocam a diversidade do cuidar e a relação custo/benefício das condutas terapêuticas empregadas, levam em consideração os fatores biológicos, culturais e psicossociais como impactantes na qualidade de vida. Desse modo, observamos a necessidade de se realizar mais pesquisas de abordagem qualitativa, a fim de captar os discursos das mulheres que vivenciam a sintomatologia climatérica.

Apontamos ainda que, as mulheres climatéricas procuram constantemente os serviços públicos de saúde, principalmente a figura do(a) enfermeiro(a), para expressar as queixas decorrentes dessa fase, mas, na maioria das vezes, não são atendidas da forma como deveriam, pois muitos profissionais de enfermagem ainda não se encontram preparados para tal abordagem clínica.

REFERÊNCIAS

BERNI, N. I. O.; LUZ, M. H.; KOHLRAUSCH, S. C. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 299-306, maio-jun, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a10.pdf>> Acesso em: 12 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores de desenvolvimento sustentável, Brasil 2010**. Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/ids2010.pdf>> Acesso em: 21 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087>> Acesso em: 10 ago. 2012.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 287-293, mar./abril. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a19v62n2.pdf>> Acesso em: 06 ago. 2012.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 5, p. 312-317, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a17v52n5.pdf>> Acesso em: 06 ago. 2012.

FERNANDEZ, M. R.; GIR, E.; HAYASHIDA, M. Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 2, p. 129-135, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/02.pdf>> Acesso em: 06 ago. 2012.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n4/11761.pdf>> Acesso em: 06 de ago. 2012.

FREITAS, K. M.; SILVA, A. R. V.; SILVA, R. M. Mulheres vivenciando o climatério. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 121-128, 2004. Disponível em: <periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/.../1065> Acesso em: 06 ago. 2012.

MARTINS, R. V.; BARRETO, J. M. Grupo dinâmicas do climatério e menopausa: impactos de um programa de promoção da saúde. **Anais X Encontro de Extensão, UFPB-PRAC 2008**. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/ANAIS/Area6/6CCS_DFTPEX_01.pdf> Acesso em: 17 ago. 2012.

NETTO, J. R. C.; GORAYEB, R. Descrição de uma intervenção psicológica com mulheres no climatério. **Paideia**, v. 15, n. 31, p. 277-285, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n31/15.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

SANTOS, L. M. et al. Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. **Revista APS**, v. 10, n. 1, p. 20-26, jan./jun, 2007. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Climaterio.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

SANTOS, L. M.; CAMPOY, M. A. Vivenciando a menopausa no ciclo vital: percepção de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 486-494, 2008. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/10_Vivenciando_baixa.pdf> Acesso em: 15 ago. 2012.

SILVA, R. M.; ARAÚJO, C. B.; SILVA, A. R. V. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. **RBPS**, Fortaleza, v. 16, n. 1/2, p. 28-33, 2003. Disponível em: <http://www.unifor.br/hp/revista_saude/v16/artigo5.pdf> Acesso em: 15 ago. 2012.

TRINDADE, W. R.; FERREIRA, M. F. Grupo feminino de cuidado: estratégia de pesquisa-cuidado à mulher. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 374-380, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/07.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

VALADARES, A. L. et al. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 4, p. 299-304, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/12.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

VALENÇA, C. N.; NASCIMENTO FILHO, J. M.; GERMANO, R. M. Mulher no Climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde Soc**, São Paulo, v.19, n.2, p.273-285, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/05.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/2009nahead/224.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

CAPÍTULO 9

PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO NA VISÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS

Francisca Adelânia Gonçalves Araruna
Maria Mônica Paulino do Nascimento
Ankilma do Nascimento Andrade
Rubens Felix de Lima

INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão são lesões bastante comuns nos indivíduos com pouca mobilidade e, principalmente, entre os acamados. Surgem inicialmente na pele, mas podem evoluir e atingir outras camadas mais profundas, sendo em alguns casos de difícil tratamento.

Constituem uma problemática social e de saúde. Representam um dos maiores desafios para a enfermagem, exigindo dos profissionais conhecimentos científicos específicos, sensibilidade e capacidade de observação, para que garanta a manutenção da integridade da pele dos pacientes que estão sob seus cuidados (GIOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR; PALERMO, 2007).

Segundo Dealley (2001), a idade avançada está diretamente relacionada à alta incidência das úlceras por pressão. A redução da elasticidade da pele, da textura, da frequência de reposição celular e do tempo do processo de cicatrização são os maiores contribuidores para o aumento do trauma tissular. Essas mudanças ocasionam ainda a diminuição da capacidade do tecido de distribuir a pressão mantida sobre ele, o que compromete o fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, aumenta o risco para a formação destas lesões.

Com aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população cresce, no âmbito familiar, o número de idosos com mobilidade reduzida e risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão, o que acarreta necessidades específicas de cuidados.

Conforme Vieira (2003), dentre os desafios a serem vencidos frente às mudanças do perfil demográfico de uma população está a provisão de cuidados de qualidade para idosos com diferentes condições funcionais, econômicas e sociais. Esta mudança no perfil demográfico trouxe a necessidade de alterações nas formas de

cuidado da população idosa, e uma delas foi o retorno ao modelo de cuidados domiciliares.

O incentivo ao retorno do modelo de cuidados domiciliares teve como principal finalidade baratear os altos custos advindos das internações dessa população e a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Essa modalidade de atenção é tão antiga quanto os agrupamentos sociais, mas tem se tornado mais visível com o envelhecimento da população e a reconfiguração do domicílio como locus do cuidado (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Frente a essa situação emerge a figura do cuidador, leigo ou formal, que desempenha um papel essencial na vida diária do idoso, envolvendo-se em praticamente todos os aspectos do cuidado e assumindo responsabilidades adicionais, com a finalidade de promover a manutenção da capacidade funcional e elevar a qualidade de vida do idoso, frente às suas limitações.

Cuidador é aquele que se mostra zeloso, diligente para com outrem (HOUAISS, 2001). Braz; Ciosak (2009) definem os cuidadores como aqueles que se ocupam em suprir as necessidades de autocuidado e atenção a indivíduos portadores de certo grau de dependência, em um intervalo de tempo que pode variar do diário e contínuo, até um longo período de tempo. É a pessoa que assume a responsabilidade de cuidar, de dar suporte ou de assistir a alguma necessidade de um indivíduo sob cuidado, objetivando a melhoria de sua saúde. Portanto, o ato de cuidar envolve o comprometimento de alguém para com outra pessoa.

Segundo Papaléo Netto (2002), os cuidadores, capacitados ou não, realizam as mais variadas tarefas, cuidando e restabelecendo a qualidade de vida do idoso. Dessa forma, são classificados como cuidadores formais e informais. De acordo com Rocha; Vieira; Sena (2008) os formais prestam cuidados em domicílio, com remuneração e poder decisório reduzido, cumprindo tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde. No geral, esses cuidadores têm a formação auxiliar ou técnico de enfermagem, com formação orientada para o cuidado da saúde dos portadores de necessidades específicas.

Na atenção domiciliar os cuidadores são, em maioria, informais; geralmente algum membro da família que assume esta

responsabilidade sozinho ou com auxílio de outros familiares ou da comunidade (GONÇALVES et al., 2006).

Na busca pela qualidade do cuidado aos idosos, é importante que a equipe de saúde e todos os cuidadores estejam envolvidos e comprometidos em conhecer o que são as úlceras por pressão, suas causas e os fatores de risco, para juntos desenvolverem ações preventivas efetivas que reduzam a incidência destas lesões nessa clientela.

As úlceras por pressão representam uma preocupação constante da Enfermagem, particularmente em uma de suas especialidades, a Estomaterapia. No exercício dessa especialidade, os profissionais utilizam conhecimentos técnico-científicos específicos e também, sensibilidade e observação aguçadas, a fim de obter credibilidade e reconhecimento da população e dos profissionais de saúde, quanto a sua atuação no processo de avaliação, prevenção e tratamento das úlceras por pressão. Tal atitude tem contribuído, sobretudo, para o desenvolvimento e a evidência desta área de atuação.

Devido ao fato de a Enfermagem ter mais contato com o paciente, destacando o acometido por tais úlceras, pode acompanhar a evolução da lesão, orientar e educar todos aqueles que exercem alguma influência no processo de prevenção-tratamento quanto às causas, fatores predisponentes, mecanismos de prevenção e as condições ideais para a cura. Os profissionais, os familiares, os educadores e o paciente devem estar cientes de todos estes aspectos para que somem esforços e contribuam positivamente no processo de prevenção (ROCHA; MIRANDA; ANDRADE, 2006).

Considerando que o cuidador é uma das pessoas responsáveis pela melhoria da qualidade de vida do idoso, cabe a ele se manter atento à presença de alterações cutâneas com características sugestivas de úlceras por pressão. Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde o orientem quanto à prática diária de cuidados que podem ser realizados no próprio domicílio, a fim de evitar, principalmente, o aparecimento destas lesões.

Frente ao exposto, emergiu a necessidade de realizar este estudo, cujos objetivos foram identificar o perfil do cuidador de idosos, conhecer a visão dos cuidadores sobre a prevenção de úlceras

por pressão e verificar o envolvimento do enfermeiro no ensino dos cuidados.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados nos domicílios de cuidadores de idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da Cidade do Barro-CE, única que presta atendimento a toda população da zona urbana, totalizando o número de 2.211 famílias cadastradas, divididas em oito micro-áreas.

A população do estudo foi constituída por cuidadores de idosos acompanhados pela equipe multiprofissional da USF referida, tendo, inicialmente, como amostra 22 cuidadores de idosos, selecionados de acordo com critérios de inclusão e exclusão. No entanto, ao coletar os dados foram excluídos dois participantes, por ocasião do óbito do idoso. A identificação da amostra ocorreu através de uma visita a referida Unidade, na qual foi mantido contato com a enfermeira e todos os agentes comunitários de saúde da área de abrangência.

Como critérios de inclusão foram propostos cuidadores formais ou informais de idosos acamados ou cadeirantes, que possuíssem fatores de risco para formação de úlceras por pressão. Foram excluídos os demais cuidadores por não apresentarem as características necessárias para a realização do estudo.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista, sendo utilizado um roteiro semiestruturado, com questões que visaram ao alcance dos objetivos desta pesquisa.

Os dados foram coletados no mês de maio de 2010 e as entrevistas foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade de horário dos entrevistados. Na ocasião foi apresentado o instrumento a ser aplicado de forma individual juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitando a assinatura do participante. As respostas dos entrevistados foram anotadas na íntegra pela própria pesquisadora, sem que estes tenham recebido qualquer tipo de informação que pudesse causar alguma interferência nos resultados.

Os dados foram analisados de forma descritiva, qualitativamente, seguindo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Após a coleta de dados, as falas dos colaboradores foram organizadas em quadros, guiados pelas ideias centrais e expressões-chave do discurso do sujeito coletivo e confrontados com a literatura pertinente à temática da pesquisa.

O estudo foi apoiado em critérios éticos vigentes nas Diretrizes e Normas para pesquisas com seres humanos, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP/FSM), protocolo nº 418022010 e, posteriormente, após a autorização da Secretaria de Saúde do Município e da enfermeira coordenadora da Unidade de Saúde. Os entrevistados aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, após a leitura e assinatura do TCLE, no qual estavam explícitas todas as informações sobre o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos cuidadores entrevistados

Dos 20 participantes do estudo, verificou-se que 50% corresponderam a filhos dos idosos, 20% eram esposos (as) e 30% eram voluntários. Os dados mostraram que os participantes, em sua maioria, compõem-se de familiares mais próximos, que na sua generalidade assumiram a condição de cuidadores de seus idosos.

De acordo com Neri; Carvalho (2006), na vigência do agravo à saúde, o cônjuge assume o perfil de cuidador, por estar mais próximo do doente. Esta decisão parece obedecer à norma de solidariedade entre os membros de uma mesma geração, partindo do pressuposto de que participaram de projetos pessoais e familiares comuns a ambos, estabelecendo laços afetivos.

Quanto à condição de cuidador, os dados revelaram que a maioria (90%) era informal e 10% formal. É importante destacar que entre os informais houve uma maior prevalência de familiares que exerciam esta atividade paralela a outra atribuição extra-cuidador, como outros trabalhos remunerados. Esses achados demonstraram que a pessoa idosa era cuidada por um membro da família, sem

formação para tal, e que acabava assumindo total ou a maior responsabilidade pelos cuidados, de forma voluntária.

Quanto ao gênero, 95% dos cuidadores eram do sexo feminino e 5% do sexo masculino, revelando que a função do cuidador continua sendo exercida predominantemente pela mulher. Tal fato é justificado pela tradição familiar, em que as mulheres não desempenhavam funções fora de casa, dedicando-se apenas aos afazeres domésticos e à família. Convém destacar que, no caso em apreço, a maioria das mulheres desempenhava outras atividades fora do lar. Tal evidência revela que, embora o ingresso da mulher no mercado de trabalho, o ato de cuidar lhe é atribuído, na contemporaneidade.

Assim, a tarefa do cuidar segue normas culturais, que espera do homem o sustento e a sobrevivência da família e da mulher a organização da vida familiar, o cuidado com os filhos, o idoso e tudo que se relaciona com a casa.

A esse respeito, Braz; Ciozak (2009) observaram que o papel da mulher como responsável pelo cuidado é visto como natural, uma vez que este está inserido socialmente na responsabilidade desta, como mãe. Este cuidar como atribuição do feminino, constitui-se em mais uma tarefa assumida dentro da esfera doméstica, sendo muitas vezes, passado de geração a geração.

Em relação à faixa etária, observou-se um predomínio dos cuidadores com mais de 50 anos, representando 50% da amostra, outros 35% encontravam-se na faixa de 41 a 50 anos, 10% na faixa dos 20 a 30 anos e 5% entre 31 a 40 anos. Os dados revelaram que a função de cuidador estava sendo desenvolvida por pessoas que já se aproximavam da terceira idade. Tal fato pode ter interferido nos cuidados prestados, haja vista que os mesmos podem ter manifestado restrições para o desempenho de algumas funções, refletindo assim na diminuição da qualidade dos cuidados oferecidos. Desta forma, pessoas que vivenciam o envelhecimento assumem a tarefa de cuidar, embora apresentem alguma alteração na capacidade funcional e até mesmo na sua saúde.

O predomínio de mulheres cuidadoras com idade acima de 50 anos também são características frequentes encontradas em diversos estudos, no âmbito nacional ou internacional. Os achados reforçam o papel social da mulher, historicamente determinado, esperando-se

que ela seja o cuidador principal e que o cuidado a pessoas dependentes fique a cargo dos parentes mais próximos (GARRIDO; MENEZES, 2004).

Cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada. Todavia, sendo o indivíduo idoso e incapacitado, esse cuidado, durante mais do que oito horas diárias, não é tarefa para uma pessoa sozinha, principalmente com mais de 50 anos, sem apoio e assistência dos serviços que possam atender às suas necessidades (OLIVEIRA et al., 2006).

Quanto ao nível de escolaridade, foi possível observar que a maioria dos participantes (65%) não concluiu o ensino fundamental, 10% não eram alfabetizados, 10% concluíram o ensino médio, outros 10% concluíram curso superior e 5% não concluiu o ensino médio. Essa variável é bastante significativa, pois a escolaridade é um fator de grande relevância para a compreensão das informações prestadas pelos profissionais de saúde, na realização dos cuidados ao idoso em domicílio.

De acordo com Amendola; Oliveira; Alvarenga (2008), a escolaridade é predominantemente baixa em diversos estudos com cuidadores. Este fato pode contribuir para o papel do cuidador ser atribuído a essas pessoas, à medida que sabe que a inserção no mercado de trabalho formal é mais difícil aos indivíduos com baixa escolaridade. Assim, é mais provável que essas pessoas se dediquem aos serviços domésticos e a tarefa de cuidar do familiar dependente, como uma extensão desta atividade.

Segundo Nakatani et al. (2003), a baixa escolaridade interfere direta ou indiretamente na prestação de cuidados aos idosos, podendo representar uma queda na qualidade do serviço prestado, pois o cuidador necessita seguir prescrições e manusear medicamentos, exigindo que os profissionais de saúde utilizem os mais variados recursos e dinâmicas para alcançar as metas desejadas.

Em pesquisa semelhante, Karsch (2003) identificou que o principal cuidador familiar da pessoa idosa com dependência era informal; a pessoa idosa era cuidada por um membro da família, sem formação para tal e que acabava assumindo a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados dispensados. Como suposto, o grupo de cuidadores investigado nesta pesquisa tinha o perfil típico da literatura: mulheres, membro da família.

Discurso do Sujeito Coletivo dos cuidadores entrevistados

A partir das falas dos participantes da pesquisa observou-se que estes destacaram, de forma expressiva, seu conhecimento acerca da temática úlcera por pressão. Os discursos foram condicionados às Ideias Centrais, dispostos no quadro síntese, seguindo o Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por Lèfreve; Lèfreve (2005).

Conforme os discursos do Quadro 1, os participantes possuíam conhecimentos corretos ao associar a úlcera por pressão a uma ferida que surge na pele. Além disso, ainda identificaram que este processo é atribuído a fatores multidimensionais, dentre os quais destacaram a imobilidade e a falta de higiene.

Para Hess (2002), a úlcera por pressão é uma área de necrose celular, produzida pela compressão de tecidos moles entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período prolongado de tempo, o que causa um comprometimento da circulação sanguínea no local. Desta forma, sabe-se que os pacientes confinados ao leito, por um período longo e com dificuldades sensoriais ou motoras, estão em risco de desenvolver úlcera por pressão.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Ferida na pele	É uma ferida que vai estragando a pele, quando a pessoa passa muito tempo na mesma posição, sem ter movimento e circulação. A falta de higiene também ajuda muito a ferir, se não cuidar logo.
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Desconhece a temática	Eu não sei falar nada. Nunca ninguém me falou nada, mas acho que é uma ferida que não sara nunca, é uma doença da pele ou do sangue, não sei.

QUADRO 1 – Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: O que você entende sobre úlcera por pressão?

FONTE: Dados da pesquisa.

No entanto, pela análise do discurso referente à Ideia Central 2 ficou evidente o desconhecimento de alguns participantes quanto a temática em questão. Essa deficiência de orientação relatada no

discurso pode colocar em risco a saúde do idoso, pois é sabido que quando o cuidador é orientado adequadamente, é capaz de enfrentar com maior segurança os desafios impostos pelo ato de cuidar, desenvolvendo medidas adequadas para programar o cuidado baseado nas necessidades do idoso.

De acordo com Paula; Marcon (2001), sabendo da magnitude do problema das úlceras por pressão, tanto para o doente quanto para a família, é importante que os profissionais da área de saúde atuem no sentido de prevenir essas feridas. Como se sabe, um bom trabalho de prevenção pressupõe o conhecimento da etiologia e também da realidade institucional. Para minimizar essa situação é necessária uma atenção redobrada dos profissionais de saúde aos cuidadores, a fim de ensiná-los a prevenir e a tratar as úlceras por pressão.

Os discursos do Quadro 2 revelaram que os participantes identificaram as alterações na epiderme, que evoluem para o surgimento da úlcera por pressão. Foram mencionados os sinais característicos dos primeiros estágios da úlcera por pressão, o que demonstrou um bom entendimento quanto ao processo patológico da formação e desenvolvimento da úlcera. Contudo, vale destacar que alguns participantes da pesquisa admitiram desconhecimento sobre a temática em estudo.

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Alterações cutâneas	O local fica bem vermelho, como se tivesse sofrido uma queimadura, quando a pessoa fica sentada por muito tempo sem mudar de posição. Depois, forma uma bolha e daí uma ferida que, se não tratar, pode aumentar muito rápido.

QUADRO 2 – Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: Como você identifica o surgimento da úlcera por pressão?

FONTE: Dados da pesquisa.

Com o avanço da idade, numerosas mudanças são observadas na pele, entre as quais a diminuição da camada dérmica, da sua vascularização, da proliferação epidérmica e de suas propriedades como a percepção da dor, a resposta inflamatória e a função de barreira, tornando-a mais vulnerável à injúria. Estas mudanças

ocorrem lenta e progressivamente e são mais facilmente observáveis nos indivíduos após os 60 anos (BRASIL, 2008).

Segundo Hess (2002), um dos sinais precoces de possível formação de úlcera sobre proeminência óssea é um eritema pálido, verificado por compressão digital. A situação pode progredir sem perda tecidual, se a compressão for reduzida ou eliminada. Eritema sem palidez, um sinal mais grave, sugere destruição tecidual iminente ou já em curso. A pele pode ter um aspecto vermelho-vivo a vermelho ou violeta-escuro. Se também houver lesão de tecidos profundos, a área pode ficar endurecida ou amolecida à palpação.

Analisando o Quadro 3, observou-se que os participantes da pesquisa realizavam diversos cuidados associados a produtos farmacêuticos à base de pomadas, gel, hidratantes e óleos, como medidas preventivas da úlcera por pressão. No geral, são métodos de fácil aplicação, mas que requerem um preparo técnico e conhecimento quanto à indicação, reação e resultados esperados, especialmente quanto à hidratação, higienização e manejo da pele comprometida.

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Associação de produtos de uso tópico, higiene, mudança de decúbito e redutores de pressão	Seco bem após o banho, troco sempre os panos de cama, quando estão molhados; uso pomadas para não formar assaduras e óleo de amêndoa em todo o corpo, para hidratar e não ressecar. Mudo de posição várias vezes, porque esquenta muito; forro a cadeira de roda com uma almofada, coloco proteção nos braços, para não ferir e o colchão d'água, porque é mais frio.

QUADRO 3 – Discursos do sujeito coletivo em resposta à pergunta: Que medidas você utiliza no domicílio para prevenir a úlcera por pressão?

FONTE: Dados da pesquisa.

Entre as medidas utilizadas pelos cuidadores, mesmo na condição informal e com baixa escolaridade, merece enfatizar o fato dos participantes terem citado o uso de produtos tópicos associado a outros recursos, para prevenir a formação da úlcera por pressão. Esse

fato justifica-se pela aquisição de informações fornecidas por outras pessoas que já vivenciaram essa problemática, como também através dos profissionais de saúde. Enfatizando o fato de a maioria dos entrevistados ser cuidador informal, pode-se pressupor a magnitude do empenho desenvolvido por esse cuidador, e o resultado positivo alcançado, quando orientado adequadamente para a realização do cuidar.

Rangel et al. (1999) recomendaram a adoção de várias medidas preventivas, destacando o uso frequente de cremes ou óleos que formem uma barreira contra a umidade e também sua hidratação. Citaram que as forças de fricção e cisalhamento devem ser minimizadas, evitando-se arrastar o paciente durante transferência no leito, na cadeira ou nas mudanças de decúbito.

Nogueira (2005) também reforçou esta ideia, afirmando que, os idosos e cuidadores capacitados ou leigos, devem ser constantemente orientados sobre a importância da adoção de medidas para o alívio da pressão, revendo e realizando procedimentos simples como mudança de decúbito, uso correto do lençol móvel, posicionamento nas cadeiras e no leito, prevenção do atrito nas movimentações, controle da umidade bem como a facilitação e o estímulo na alimentação e hidratação, fundamentais entre os idosos, particularmente, os institucionalizados.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Experiências anteriores	No dia-a-dia, através da observação, quando minha mãe foi internada e vendo outros pacientes que já tiveram escaras. Convivendo com ela, fui vendo o que era bom, o que prejudicava e ajudava a formar escaras.
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Orientação da enfermeira	Aprendi com a enfermeira do hospital onde ela tava internada. A enfermeira do posto também me orientou para ficar de olho se aparece algum ferimento.

QUADRO 4 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: Como você adquiriu estas informações sobre úlcera por pressão?

FONTE: Dados da pesquisa.

Conforme o discurso referente à Ideia Central 1, no Quadro 4, observou-se que os participantes da pesquisa obtiveram informações através da vivência e/ou experiências anteriores, advindos de um familiar ou do contato com um portador de úlcera por pressão, acompanhando o processo de evolução. Neste discurso enquadraram-se os cuidadores informais, que utilizavam um forte conteúdo cultural em sua prática diária.

Para Jede; Spuldaro (2009) a habilidade e o conhecimento da atividade de cuidar são construídos na prática diária, na qual a família aprende com seus erros e acertos. Porém, a falta de preparo para o cuidado gera uma ansiedade que é substituída por segurança, a partir do momento em que consegue organização.

Em relação ao discurso da Ideia Central 2, no Quadro 4, verificou-se que alguns participantes atribuíram ao profissional enfermeiro o conhecimento que adquiriram sobre úlcera por pressão.

Quando se fala em cuidado domiciliar para o idoso e em educação em saúde, torna-se necessário compreender as condições que acompanham a evolução do envelhecimento fisiológico e patológico. Para tanto, a Enfermagem utiliza um corpo de conhecimentos técnicos na arte de cuidar do ser humano, oferecendo ao cuidador domiciliar, através da educação, um saber oriundo da sua experiência e capacitação profissional. Tal experiência, aliada a um conhecimento particular do cuidador domiciliar, promove o conforto e o bem-estar para o idoso que necessita de maiores cuidados nesta fase do ciclo biológico (NAKATANI et al., 2003).

De acordo com Rocha; Vieira; Sena (2008) os profissionais de saúde devem oferecer aos cuidadores, orientações necessárias para a prestação do cuidado, proporcionando também, atenção à saúde destes indivíduos, por se tratar de uma atividade desgastante e que pode implicar em riscos à saúde.

Desta forma, a ação educativa em saúde é um processo que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos, para que possam assumir ou ajudar, visando à busca de melhorias das condições de saúde da população. Também, fornece subsídios para que as pessoas adquiram uma consciência crítica, tornando-se capazes de encontrar alternativas para resolver os problemas de saúde e/ou doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos reforçaram o fato de que, na cidade onde o estudo foi realizado, os cuidados aos idosos em seus domicílios eram executados por pessoas com pouca formação para assumir esta função. No entanto, exerciam sua prática de forma responsável, exemplificado pelo conhecimento que a maioria demonstrou possuir sobre as úlceras por pressão.

Por outro lado, o desconhecimento sobre o assunto, relatado por alguns participantes, pressupõe que houve uma ausência e/ou deficiência quanto à responsabilidade dos profissionais de saúde em esclarecer e orientar estes cuidadores, com relação à condição de saúde/doença do idoso cadeirante ou acamado, bem como, informações sobre como detectar precocemente a evolução da úlcera por pressão. Deste modo, o enfermeiro tem um papel singular e prioritário na educação destas pessoas, capacitadas ou não, no sentido de esclarecer as dúvidas quanto aos cuidados prestados.

Tornou-se evidente a necessidade de uma parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, possibilitando a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, priorizando aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de complicações e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador. Estas medidas são fundamentais para que estes profissionais do cuidar obtenham um melhor entendimento das informações prestadas, favorecendo à adoção de práticas efetivas e eficazes, no intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e o bem-estar do idoso.

Assim, espera-se que este estudo possa servir de subsídio para que os profissionais de saúde e em particular os enfermeiros, enquanto educadores em saúde intensifiquem suas ações através do acolhimento do idoso, em especial aqueles que apresentem restrições funcionais e tenham o seu familiar como cuidador por “essência”. Neste propósito, almeja-se promover uma reflexão para a consolidação de uma assistência holística dentro desta temática, no intuito de amenizar o sofrimento e propiciar melhorias na qualidade de vida desta população de idosos.

REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf>> Acesso em: 19 ago. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf> Acesso em: 19 ago. 2012.

BRAZ, E.; CIOZAK, S. L. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc. Anna Nery. Rev. Enferm**, v. 13, n. 2, p.372-377, abr./jun. 2009. Disponível em:< www.scielo.br>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência em um serviço psicogeriátrico. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p.835-841, dez, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/12.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2012.

GIOVANINI, T.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. G.; PALERMO, T. C. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2007.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400004&script=sci_arttext> Acesso em: 18 ago. 2012.

HESS, C. T. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JEDE, M.; SPULDARO, M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/download/375/822>> Acesso em: 15 jul. 2012.

KARSCH, V. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.861-866, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf> > Acesso em: 20 jul. 2012.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Líber livro Editora, 2005.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.1, p.15-20, 2003. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/773/863>> Acesso em: 24 jul. 2012.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 778-80.

NOGUEIRA, P. C. **Ocorrência de úlcera de pressão em pacientes hospitalizados com lesão traumática de medula espinhal**. 2005. 77p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <www.bireme.br> Acesso em: 25 jul. 2012.

OLIVEIRA, S. K. et al. Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário-PAINP-Londrina-PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p.184-192, mai./ago. 2006. Disponível em:< eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../5074/3293>. Acesso em: 08 ago. 2012.

PAPALÉO NETTO. M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAULA, M. G.; MARCON, S. S. Percepção de cuidadores domiciliares sobre a atuação da Equipe de Saúde da Família no atendimento a indivíduos dependentes. **Rev. Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.3, n.2,

p.135-145, jul./dez. 2001. Disponível em: <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refused/article/download/.../3809> Acesso em: 24 jul. 2012.

RANGEL, E. M. L. et al. Prática de graduandos de enfermagem referentes a prevenção e tratamento de úlcera de pressão. **Rev.latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 89-90, abr. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13467.pdf>> Acesso em: 08 ago. 2012.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão – intervenções baseadas na evidência. **Acta Med Port**, v. 19, n. 34, p. 29-38, 2006. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/029-038.pdf>> Acesso em: 18 ago. 2012.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. de. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev. Bras Enf.**, Brasília, v. 61 n. 6, p. 801-808, nov./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

VIEIRA, E. B. **Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso!** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

CAPÍTULO 10

PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM POPULAÇÃO DE IDOSOS ASILADOS DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Kilvia Kiev Marcolino Mangueira
Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Maria Isabel Leandro da Silva
Vanessa Estrela Rolim
Geofabio Sucupira Casimiro
Luiz Carlos de Abreu

INTRODUÇÃO

Considera-se idoso todo indivíduo com 60 anos ou mais, o que representa, atualmente, no Brasil, 12% da população total, ou seja, 18 milhões de pessoas (IBGE, 2010). Nessa perspectiva, o aumento da população idosa como um fenômeno mundial, deixa de ser uma característica apenas de países desenvolvidos (TAVARES et al., 2011).

Com o envelhecimento, a população idosa apresenta importante aumento na prevalência das doenças crônico-degenerativas, devido às alterações morfofuncionais e psicológicas, podendo favorecer o surgimento de múltiplas comorbidades que potencializam síndromes geriátricas, como queda, demência, imobilismo, as quais comprometem a independência e a autonomia dessa clientela, gerando incapacidades, fragilidade, institucionalização e morte (GAZZOLA et al., 2006).

Nesse contexto, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) constituem, cada vez mais, a alternativa para aqueles sem condições de tocar a vida autonomamente, as quais podem ser governamentais e não governamentais, de caráter residencial e destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Entretanto, a institucionalização pode ser considerada fator de risco para quedas, em virtude da mudança do ambiente familiar para um ambiente estranho que pode predispor a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais relacionadas ao isolamento, ao abandono e à inatividade física do indivíduo. O idoso pode tornar-se dependente para realizar as atividades da vida diária e ter conseqüente redução da capacidade funcional (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

É importante destacar que a ocorrência de quedas na faixa etária acima de 60 anos pode ser considerada problema de saúde pública devido à frequência, a morbidades associadas e ao elevado custo social e econômico, sobretudo quando ocasiona aumento da dependência e necessidade de institucionalização (GONÇALVES et al., 2008).

Diante do exposto, esta pesquisa objetivou descrever a prevalência de quedas em população de idosos asilados do alto sertão paraibano e caracterizar o perfil destes.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. Realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de caráter filantrópico que existem nos municípios de Cajazeiras e Sousa – PB. A amostra do estudo foi composta por 41 idosos assistidos nas ILPIs que funcionam de forma permanente nos referidos municípios.

A técnica de amostragem foi a não probabilística intencional. Foram utilizados como critérios de inclusão para seleção dos sujeitos da pesquisa, idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes há pelo menos seis meses em uma das ILPIs dos municípios em estudo, com capacidade para responder ao questionário e compreender as ordens verbais; sem déficits auditivos limitantes que pudessem ser compensados com amplitude sonora e que aceitassem participar da pesquisa.

Os dados foram coletados de setembro a outubro de 2011, através de roteiro de entrevista semiestruturado, contendo questões que permitiram a caracterização da amostra, referentes aos dados sócio demográficos e às questões correspondentes aos dados específicos do estudo.

Os dados coletados foram codificados para o uso do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0 e em seguida foram confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

Quanto aos aspectos éticos, manteve-se o anonimato dos idosos estudados, tendo sido esta pesquisa encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual da

Paraíba (UEPB), sendo aprovada, conforme número de protocolo 0434.0.133.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 64 idosos residia nas ILPIs selecionadas, destes, 18 foram excluídos por apresentarem funções cognitivas prejudicadas e alguma deficiência, seja auditiva, visual ou na fala; dois indivíduos tinham idade menor de 60 anos, portanto não atendiam aos critérios de inclusão; e três não aceitaram participar da pesquisa. Na Tabela 1, estão representados os idosos investigados, através das variáveis idade, sexo, estado civil e escolaridade.

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária, sexo, estado civil e escolaridade. Cajazeiras e Sousa-PB, 2011.

Faixa etária	f	%
60-65 anos	01	2,4
66-70 anos	04	9,8
71-75 anos	07	17,1
76-80 anos	04	9,8
81-85 anos	09	22,0
86-90 anos	08	19,5
91-95 anos	03	7,3
96-100 anos	05	12,2
Total	41	100
Sexo		
Feminino	24	58,5
Masculino	17	41,5
Total	41	100
Estado civil		
Solteiro	18	43,9
Casado	06	4,6
Divorciado	01	2,4
Viúvo	16	39,0
Total	41	100
Grau de escolaridade		
Analfabeto	18	43,9
E.F. Completo	02	4,9
E.F. Incompleto	18	43,9
E.M. Completo	02	4,9
E.M. Incompleto	01	2,4

Total	41	100
--------------	-----------	------------

Fonte: Dados do Estudo/2011.

A idade média dos entrevistados variou de 60 a 100 anos, sendo o intervalo com maior distribuição o de 81-85 anos, com 22%. Os dados mostraram que a maioria dos idosos institucionalizados apresentava faixa etária elevada, o que favoreceu o desenvolvimento de doenças crônicas e grau avançado de dependência. Para Davim et al. (2004), a faixa etária representa ponto importante na população idosa, pelo alto risco em adoecer e apresentar maior grau de dependência, quanto mais avançada a idade se apresenta.

Tier; Lunardi; Santos (2008) revelam que o envelhecimento é ainda visto como processo evolutivo e inevitável na vida dos seres humanos, também associado à doença e incapacidade, não sendo percebido socialmente como mais uma fase da vida humana.

Dos 41 idosos entrevistados, 58,5% pertenciam ao sexo feminino e 41,5% ao sexo masculino. Corroborando dados de estudo realizado em 2008, no Estado de Alagoas, sobre o perfil dos idosos de instituições de longa permanência, em que 85% dos leitos das ILPI estavam ocupados por idosos residentes de ambos os sexos, sendo 53,7% do sexo feminino (MELO; KUBRUSLY; PEIXOTO JUNIOR, 2011).

Conforme Pavan; Meneghel; Junges (2008), nos últimos anos tem ocorrido acentuado aumento das taxas de institucionalização de idosos, em que a maior parte dos asilados é do sexo feminino, concluindo-se que embora seja classe mais vulnerável à institucionalização, pode-se afirmar que as mulheres vivem mais do que os homens.

No que concerne ao estado civil, 43,9% dos participantes eram solteiros e 39% viúvos. Tal evento explica-se pelo fato de não terem construído família para que na velhice tivessem possivelmente companheiro ou filhos para prestar assistência, obrigando-os desta forma a considerar as ILPIs como opção de moradia, por se sentirem solitários e desprotegidos.

Consoante; Nardi; Oliveira (2008) revelam que idosos saudáveis ou acometidos por doenças crônicas carecem de ajuda ou de rede social de apoio para permanecerem inseridos socialmente ou correriam o risco de serem institucionalizados.

Acerca do nível de escolaridade, o mesmo apresenta-se reduzido, no qual igualmente, 43,9% não eram alfabetizados e não concluíram o ensino fundamental e 4,9% concluíram o ensino médio. Comparando com o estudo de Davim et al. (2004), os percentuais elevados mostram o número de pessoas idosas com pouco ou nenhuma escolaridade, sendo o analfabetismo entre idosos realidade em países em desenvolvimento.

Nesse sentido, o nível de escolaridade diminuído influencia a comunicação com os idosos, sendo necessária a utilização de linguagem apropriada que forneça orientações quanto às atividades educativas em saúde, podendo então implicar em dificuldades para realizar a prática do cuidado com sucesso, pela não participação efetiva dos idosos.

Em continuidade às discussões, a seguir, na Tabela 2, observam-se dados referentes à profissão exercida anteriormente à institucionalização e renda dos idosos entrevistados.

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a ocupação e renda. Cajazeiras e Sousa-PB, 2011.

Ocupação anterior	f	%
Agricultor(a)	27	65,9
Doméstica	04	9,8
Nenhuma	03	7,3
Professor(a)	02	4,9
Outros	05	12,1
Total	41	100
Ocupação atual		
Total aposentado(a)	41	100
Renda (salário mínimo)		
1	40	97,6
1 a 5	01	2,4
Total	41	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

No que se refere à atividade profissional exercida anteriormente à institucionalização, constatou-se a prevalência de agricultor, com 65,9%; seguindo-se de doméstica, com 9,8%; 7,3% não exerciam atividade remunerada; e 4,9% eram professores. Os restantes, 12,1%, distribuem-se por várias profissões, com percentuais pouco significativos, como costureira, funcionário

público, pintor, frentista e vigilante. Como citado, o nível de instrução identificado foi reduzido, o que certamente se justifica pelo fato de a agricultura ser a atividade predominante na vida dos idosos entrevistados, resultando em acesso suprimido à educação em função desta prática.

Em relação à ocupação à época da pesquisa, os idosos entrevistados eram aposentados. Assim, importa frisar que, ao mesmo tempo em que a maioria dos idosos sente-se satisfeita, pois lhe parece ser muito bom poder descansar, surge aos poucos a ideia de que a vida tornou-se tristemente inútil, principalmente por estar institucionalizado.

Ainda de acordo com a Tabela 1, quanto à renda dos idosos entrevistados, os resultados confirmaram que 97,6% recebiam um salário mínimo (R\$ 545,00 referente a outubro/2011) proveniente da aposentadoria pela idade ou pelo tempo de serviço e 2,4% de 2 a 5 salários mínimos, aposentados pelo tempo de serviço e pela profissão de professora, na qual sua renda se torna maior.

A partir destes dados, percebeu-se que a renda predominante neste estudo era insuficiente para sobrevivência do idoso, devido aos gastos com a saúde. Esta realidade limita o acesso aos bens de serviço e de consumo, como alimentação e moradia adequadas e, conseqüentemente, motiva idosos a reconhecerem os asilos como opção para a sobrevivência.

Papaléo Netto (2002) lembra que durante o envelhecimento as perdas de ordem econômica e social são importantes, pois representam uma diminuição considerável nos rendimentos que chegam junto com a aposentadoria.

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de institucionalização. Cajazeiras e Sousa-PB, 2011.

Tempo (ano)	f	%
< 1	02	4,9
1 a 5	22	53,7
6 a 10	16	39
> 20	01	2,4
Total	41	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

Quanto ao tempo de institucionalização, verificou-se na Tabela 3 que 53,7% moravam no asilo de 1 a 5 anos; 39% viviam no asilo entre seis e 10 anos; 4,9% estavam no asilo a menos de um ano; e 2,4% moravam há mais de 20 anos. A maioria dos idosos residia por muito tempo nas instituições, devido à ausência de cuidadores e familiares para prestar assistência digna, bem como por serem aposentados e não possuírem renda suficiente para se manterem, ocorrendo desta forma a institucionalização.

Araújo; Ceolim (2010) reforçam que a institucionalização é uma alternativa quase que inevitável para idosos menos favorecidos economicamente que enfrentam um processo de adoecimento ou dependência, bem como para aqueles que não conseguem manter suas necessidades de subsistência na comunidade, quando residem sozinhos ou com familiares que não têm condições de oferecer a estes cuidados ou sustento adequados.

Freire Júnior; Tavares (2006), por sua vez, explicam o aumento das taxas de institucionalização como consequência de uma transição social, na qual se pode destacar a presença da mulher no mercado de trabalho, antes considerada personagem principal no cuidado aos pais ou sogros. Além disso, a queda na taxa de fecundidade torna as famílias menores, reduzindo a disponibilidade de cuidadores domiciliares.

Na Tabela 4 estão representados os idosos investigados de acordo com a ocorrência de quedas e informações relacionadas.

Com relação à prevalência de quedas entre idosos institucionalizados, observou-se na amostra estudada que 56,1% negaram a ocorrências de quedas, enquanto que 43,9% sofreram alguma queda. Desta forma, é possível afirmar que um número significativo da amostra foi vítima de quedas, certamente em decorrência do envelhecimento que ocasiona perda de equilíbrio, alterações na massa muscular e óssea, elevado grau de dependência e idade mais avançada.

De acordo com Rebelatto; Castro; Chan (2005), os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de sofrer quedas do que os idosos não institucionalizados, uma vez que possuem menores níveis de força, equilíbrio, flexibilidade e resistência física e não realizam exercícios físicos de forma rotineira.

Comparando com estudo realizado por Gonçalves et al. (2008), cuja prevalência de quedas em idosos residentes em instituições asilares foi de 38,3%, percebeu-se que os dados deste estudo foram mais elevados do que o estudo citado, mostrando variação de prevalência, devido a fatores que se comportam de maneira diferente entre os diversos países, dependendo das condições socioeconômicas, diferenças sociais e culturais entre outras.

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com ocorrência de quedas. Cajazeiras e Sousa-PB, 2011.

Quedas	f	%
Sim	18	43,9
Não	23	56,1
Total	41	100
Período do dia		
Manhã	09	20,7
Tarde	10	25,6
Noite	03	7,3
Madrugada	01	2,4
Quantidade de quedas*		
1	11	26,8
2	05	12,2
7	01	2,4
8	01	2,4
Ocorrência de lesão		
Sim	13	31,7
Tipo de lesão*		
Escoriações	05	12,2
Fratura	05	12,2
Contusão	03	7,2
Corte	01	2,4
Região corporal atingida*		
Membros inferiores	09	21,6
Membros superiores	05	12,2
Região coccígena	02	4,8
Cabeça	01	2,4

*Resposta múltipla, pois caíram mais de uma vez, tiveram mais de uma lesão e mais de uma região atingida.

Fonte: Dados do Estudo/2011.

Entre os que relataram quedas, a maior parte revelou ter caído uma única vez (26,8%), a quantidade de quedas variou de 1 a 8 vezes. Com relação a estes dados e durante a entrevista, percebeu-se que os cuidadores que trabalhavam em uma das ILPIs estudadas se preocupavam em prevenir quedas, pois de fato existiam camas e cadeiras adaptadas e os idosos que tinham idade mais avançada eram acompanhados nas atividades realizadas no dia a dia.

Para os que experimentaram as quedas, o turno de maior ocorrência foi o diurno, com 46,3 %, com o período da manhã correspondendo a 20,7%, e o da tarde a 25,6%. Com relação aos outros turnos, revelou-se menor porcentagem de dados. Estudos de Coutinho; Silva (2002) vêm ao encontro destes dados quando demonstram que a maioria das quedas ocorre entre seis horas da manhã e seis da tarde, período de intensa atividade, sendo a menor frequência observada durante a madrugada.

O estudo demonstrou que dos 18 idosos que sofreram quedas, a maioria teve lesões decorrentes do evento e as mais prevalentes foram fraturas e escoriações, com 12,2% cada. Como consequência, no caso de fraturas em membros inferiores, os idosos passaram a ter dificuldade de deambular e movimentar esses membros, tornando-se dependentes.

O fator psicológico também é afetado após queda, como medo de cair e de não conseguir deambular após o evento. Com relação às partes do corpo mais atingidas, os membros inferiores se destacaram com 21,6% e os membros superiores foram acometidos por 12,2%. As lesões acarretam diversas consequências para a vida do idoso, pois na maioria das vezes perdem a capacidade de andar, necessitam de auxílio de marcha e se tornam totalmente dependentes.

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo que ficou caído. Cajazeiras e Sousa-PB, 2011.

Tempo caído (m/h)	f	%
5 m	08	19,5
10 m	02	4,9
20 m	02	4,9
15 m	01	2,4
40 m	01	2,4
1 m	01	2,4
3 m	01	2,4
7 m	01	2,4

2 m	01	2,4
Total	18	43,9

Fonte: Dados do Estudo/2011.

Assim, como asseveram Álvares; Lima; Silva (2010), em estudo realizado sobre a ocorrência de quedas entre idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, as regiões mais atingidas em decorrência da queda foram os membros inferiores, cabeça, tronco, membros superiores e quadril, demonstrando que houve significativa porcentagem quanto aos membros inferiores (32%), assim como neste estudo.

Dessa forma, Ribeiro et al. (2009) enfatizam que a força dos membros inferiores diminui mais rapidamente com a idade do que a dos membros superiores, uma vez que o padrão de declínio da força muscular não é uniforme nas regiões corporais e grupos musculares. Esta diminuição associa-se a menor capacidade de realização de ações e atividades da vida diária, como levantar-se de uma cadeira, apanhar um objeto do chão, caminhar e subir escadas. No que se refere ao tempo de permanência no solo, na Tabela 5, percebe-se variação entre 5 minutos e 2 horas, sendo prevalente o tempo de permanência de 5 minutos com 19,5% e, em seguida, o tempo de 10 e 20 minutos com 4,9% cada.

Os dados se assemelham com os dos estudos de Pereira, Miguel; Fernandes (2011), realizado para investigar o tempo de permanência no solo após a queda, em que se constatou que 73,4% dos idosos permaneceram caídos por uns minutos (5 a 10 minutos), e em 9,4% dos casos, os idosos permaneceram caídos mais do que trinta minutos.

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com a hospitalização. Cajazeiras e Sousa-PB, 2011.

Hospitalização	<i>f</i>	%
Sim	06	14,6
Tempo de hospitalização		
1 dia	03	7,3
3 dias	01	2,4
18 dias	01	2,4
1 mês	01	2,4
Sequela		
Sim	03	7,3
Tipo de sequela		
Sem andar	01	2,4

Pseudoartrose	01	2,4
Dificuldade para andar	01	2,4

Fonte: Dados do Estudo/2011.

Quanto à necessidade de hospitalização, de acordo com a Tabela 6, observou-se que as quedas sinalizaram a necessidade de atendimento médico em 14,6% dos casos, destes, 7,3% necessitaram passar um dia hospitalizado. O tempo total de hospitalização variou de um dia a um mês. Dentre os que sofreram quedas, 7,3% (03) apresentaram sequelas, como dificuldade e incapacidade de deambulação.

O idoso, quando hospitalizado em decorrência da queda, sofre alterações emocionais, psicológicas e sociais, como fraqueza, medo de cair novamente, perda de autonomia para realizar atividades, considerando que a hospitalização pode ocasionar a depressão em idosos como também expô-los a determinados procedimentos cirúrgicos em caso de fratura, o que pode colocar a vida em risco, devido à idade avançada e às condições patológicas existentes.

Fabício; Rodrigues; Costa Junior (2004) referem que, após a queda, o idoso pode apresentar consigo não somente o medo de sofrer novas quedas, como também de machucar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde, tornar-se dependente de outras pessoas para realização do autocuidado ou para realizar atividades da vida diária.

Quanto ao ambiente em que ocorreram as quedas, conforme a Tabela 7, o quarto, com 24,4%, foi o ambiente mais prevalente para sua ocorrência, seguido da sala, do jardim, banheiro e de outros locais. Os idosos tendem a sofrer um número maior de quedas nos cômodos mais utilizados, como é o caso do quarto, por permanecerem mais tempo.

Tabela 7 - Opinião da amostra de acordo com o ambiente mais comum de quedas. Cajazeiras e Sousa-PB, 2011.

Ambiente comum a queda	f	%
Quarto	10	24,4
Sala	03	7,3
Jardim	03	7,3
Banheiro	01	2,4
Outros	01	2,4
Total	18	43,9

Fonte: Dados do Estudo/2011.

O predomínio do quarto como local de ocorrência de quedas também foi observado em estudo realizado por Gonçalves et al. (2008), sendo responsável por 23% das quedas, seguido do banheiro e da sala, com 13% e 2 %, respectivamente. A maioria destas quedas acontece à beira da cama, quando o paciente está se deitando ou levantando.

Em contrapartida, estudo realizado por Coiado; Amaral; Santos (2009) encontrou como lugar predominante para ocorrência de quedas em idosos o banheiro, com 31,9%, seguido do quarto (19,1%) e da sala (8,5%). Desta forma, o banheiro é considerado local propício para queda, devido ao tipo de piso que, em contato com a água, tende a tornar-se escorregadio. Ademais, também é o cômodo que o idoso frequenta mais vezes, diariamente, para a execução de atividades rotineiras, como o banho, as atividades fisiológicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do fenômeno envelhecimento, a institucionalização constitui uma alternativa para idosos e familiares, em virtude da ausência de cuidadores, da dependência física, das perdas familiares, da renda mensal baixa, entre outros. Tais eventos favorecem ao idoso transferir-se do seu lar para o abrigo, ocasionando mudanças e impacto na vida social.

Por meio deste estudo descritivo, sobre a prevalência de quedas em população de 41 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência dos municípios de Cajazeiras e Sousa – PB, foi possível observar que há dados relevantes, os quais podem contribuir para melhorias para a vida do idoso, se forem refletidos, a fim de mudanças de ações direcionadas a essa população.

Observou-se que a prevalência de quedas foi significativa, tornando-se fato comum, inclusive em ILPIs, com consequências danosas à saúde física, psicológica e social do idoso institucionalizado, uma vez que este apresenta maior probabilidade de cair e tornar-se dependente, principalmente se comparado ao não institucionalizado.

O número elevado de quedas pode ser reduzido com medidas preventivas adequadas, que visem ao controle e à prevenção, como avaliação e realização de exames periódicos, identificação dos fatores de risco existentes nas instituições, incentivo à prática de atividade física, de acordo com a capacidade, no sentido de garantir qualidade de vida a esse grupo populacional.

Os dados aduzidos neste estudo poderão oferecer subsídios para futuros estudos relacionados ao tema. Para tanto, sugerem-se que sejam desenvolvidas pesquisas visando à prevenção de quedas entre a população idosa, com intuito de minimizar, ao máximo, a repercussão desse evento na capacidade funcional e na qualidade de vida do idoso e com isso, contribuir para o envelhecimento saudável e seguro.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, L. M.; LIMA, R. da C.; SILVA, R. A. da. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 31-40, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/04.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2011.

ARAÚJO, C. L. O.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 619-26, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/10.pdf>> Acesso em: 10 out. 2011.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. Bras. Estud. Popul.** [online]. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>> Acesso em: 11 mar. 2011.

COIADO, C. R. P.; AMARAL A. F.; SANTOS R. R. Incidência de quedas na população idosa no âmbito domiciliar: atendimento Sistema 193. **Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 6, p. 19-23, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84212434005>> Acesso em: 20 nov. 2011

COUTINHO, E. da S. F.; SILVA, S. D. da. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad. Saúde**

Pública [online], Rio de Janeiro, v.18, n.5, p. 1359-1366, set./out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11009.pdf>> Acesso em: 23 out. 2011.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 518-524, mai./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a10.pdf>> Acesso em: 22 jun. 2011.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>> Acesso em: 26 out. 2011.

FERREIRA, D. C. de O.; YOSHITOME, A. Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm** [online], v. 63, n. 6, p. 991-997, no./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf>> Acesso em: 01 nov. 2011.

FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. de F. L. A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online], Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 83-92, 2006. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100007&lng=pt&nrm=iso&tling=pt> Acesso em: 30 out. 2011.

GAZZOLA, J. M. et al. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** [online], São Paulo, v. 72, n. 5, p. 683-90, set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v72n5/a16v72n5.pdf>> Acesso em: 28 mar. 2011.

GONCALVES, L. G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Rev Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 42, n. 5, p. 938-945, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6845.pdf>> Acesso em: 23 mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 09 jul. 2012.

MELO, I. A. de F.; KUBRUSLY, E. S.; PEIXOTO JUNIOR, A. A. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas, no período de 2007 a 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 75-83, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a09.pdf>> Acesso em: 09 jul. 2012.

NARDI, E. de F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Rev Gaúcha Enferm** [online], Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, mar. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5263/2997>> Acesso em: 16 nov. 2011.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definições no campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/25.pdf>> Acesso em: 27 set. 2011.

PEREIRA, F. A.; MIGUEL, T.; FERNANDES, A. Fatores de risco e consequências de quedas em idosos institucionalizados. **Revista Transdisciplinar de Gerontologia**, Bragança, v. 4, n. 1, p. 32-39. 2011.

REBELATTO, J. R.; CASTRO, A. P. de; CHAN, A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força da preensão manual. **Acta Ortop. Bras.** [online], São Paulo, v. 15, n. 3, p. 151-154, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v15n3/a06v15n3.pdf>> Acesso em: 17 out. 2011.

RIBEIRO, F. et al. Impacto da prática regular de exercício físico no equilíbrio, mobilidade funcional e risco de queda em idosos institucionalizados. **Rev Port Cien Desp** [online], v. 9, n. 1, p.36-42, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpcd/v9n1/v9n1a04.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2011.

TAVARES, D. M. dos S. et al. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 895 – 903, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/305/pdf>> Acesso em: 10 nov. 2011.

TIER, C. G.; LUNARDI, V. L.; SANTOS, S. S. C. Cuidado ao idoso deprimido e institucionalizado à luz da complexidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online]. v. 10, n. 2, p. 530-536, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a24.htm>> Acesso em: 14 nov. 2011.

CAPÍTULO 11

TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Telma Ribeiro Garcia
Maria Miriam Lima da Nóbrega
Betânia Maria Pereira dos Santos
Marilena Maria de Souza

O DESENVOLVIMENTO DA TEORIA

A Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado começou a ser desenvolvida por Orem, no início da década de 1950, quando os modelos conceituais de outras ciências, a exemplo da medicina, embasavam os programas de educação em enfermagem. Insatisfeita com a ausência de uma estrutura organizada para o conhecimento da Enfermagem, Orem objetivava identificar seu domínio e fronteiras, como ciência e arte. As ideias que a ajudaram a formar sua teoria foram formuladas com base em suas experiências, em um período de intensiva atuação e esforços, de 1949 a 1957, como *Consultora de Enfermagem da Division of Hospital and Institutional Services of the Indiana State Board of Health*. Suas observações a conduziram à ideia de que enfermagem envolve um modo de pensamento e comunicação (FAWCETT, 1995; OREM 2001).

Em seu interesse para descobrir o domínio e as fronteiras da Enfermagem, Orem começou a usar um foco mais específico para a mesma, *o ciclo vital*, distinto do mais global, *o foco de cuidado de saúde preventiva*, que tinha sido caracterizado anteriormente. Na busca do sentido da Enfermagem, ela queria saber o que as enfermeiras faziam, em sua prática, por quê, e quais os seus resultados. As respostas para essas questões começaram a emergir, quando Orem introduziu elementos de sua Teoria, em 1959, na publicação do Guia para o Desenvolvimento do Currículo para Educação de Enfermagem Prática. Nesse escrito, Orem defendeu que as limitações humanas para o autocuidado, associadas a situações de saúde, dão origem às necessidades de enfermagem. Ela identificou áreas de autocuidado diário, condições que limitam as capacidades

de autocuidado no indivíduo, e os métodos de assistência para as habilidades limitadas de autocuidado (FAWCETT, 2012).

Refletindo sobre suas experiências em enfermagem, ela formulou a proposição que nem toda pessoa sob cuidados de saúde está sob os cuidados de enfermagem, nem vai estar posteriormente. Queria saber quais eram as condições para um indivíduo estar sob os cuidados de enfermagem. Sua descoberta estava baseada na ideia de que a Enfermagem é o “outro eu”, no sentido figurativo, da pessoa sob os cuidados de enfermagem (OREM, 2001, grifo nosso).

O conceito expresso por Orem para a condição humana associada à necessidade da enfermagem foi “a inabilidade da pessoa prover para si, continuamente, a quantidade e qualidade de autocuidado requerido para a sua saúde”. Ela conceituou o autocuidado como o cuidado que os seres humanos necessitam, a cada dia, para manter sua saúde e bem-estar, que pode ser modificado pelo estado de saúde, pelas condições ambientais e por outros fatores. Esse entendimento levou-a a conceituar o que é Enfermagem (OREM, 2001, p. 8).

Em 1956, Orem começou a caracterizar a Enfermagem como um campo de prática e de conhecimento, formalizando-lhe um conceito mais preciso, que será apresentado adiante. Em 1965, suas descobertas e esforços foram associados aos dos membros do Grupo de Conferência para o Desenvolvimento da Enfermagem, do qual Orem era integrante.

A conceituação do termo *autocuidado* foi iniciada em 1956. Esse conceito foi formalizado e validado em 1967, através do trabalho do Grupo de Conferência para o Desenvolvimento da Enfermagem. Esse trabalho foi descrito na primeira e na segunda edição do livro *Nursing: concepts of practice*, de Orem. Nele foi estabelecido que, tanto o termo, como a conceituação do autocuidado serviriam como uma consistente simbolização dos fenômenos conceituais encontrados na análise dos casos de enfermagem, reais e imaginários (OREM, 2001).

O conceito de *sistema de enfermagem* foi formulado, expresso e revisado, em 1970. Orem e os demais membros do Grupo de Conferência para o Desenvolvimento da Enfermagem consideraram as descobertas sobre o sistema de enfermagem um progresso no desenvolvimento de um modelo adequado, para guiar pesquisas em

Enfermagem e favorecer a estrutura da enfermagem como um corpo de conhecimentos. Após a formulação desse conceito, Orem detalhou os termos dominantes ou elementos conceituais: *autocuidado, ação de autocuidado, demandas de autocuidado, déficit de autocuidado, ação de enfermagem e fatores condicionantes básicos*, como sendo a estrutura conceitual, um círculo de termos inter-relacionados (OREM, 2001).

Todos esses elementos conceituais foram formalizados e validados como conceitos estáticos, em 1970. Desde então, tem ocorrido algum aperfeiçoamento de expressão e desenvolvimento adicional da estrutura substantiva, bem como validação continuada, mas, sem nenhuma mudança nos elementos conceituais básicos. Cada conceito continua a desenvolver-se por meio da identificação de conceitos secundários, os quais constituem a estrutura substantiva. Por exemplo, os conceitos dos três tipos de *requisitos de autocuidado* universal, relativos ao desenvolvimento e relativos às alterações da saúde são secundários do amplo conceito *demanda de autocuidado terapêutico* (OREM, 2001).

Orem publicou a primeira articulação formal de suas ideias em 1971, em *Nursing: concepts of practice*. A segunda, terceira, quarta, quinta e sexta edições do livro citado apareceram, respectivamente, em 1980, 1985, 1991, 1995 e 2001. Em cada edição ela refinou e ampliou a teoria que apareceu na primeira edição.

AS ORIGENS PARADIGMÁTICAS

A Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado tem sido classificada de diversas formas. Riehl e Roy a classificam como teoria de sistemas; Riehl-Sisca como um modelo de interação; Fawcett, de desenvolvimento; Marriner-Tomey a classifica na categoria humanística; Barnum, como um exemplo de modelo de planejamento; Meleis a agrupa nas teorias das necessidades e nas teorias de enfermagem terapêuticas, pois a teórica propõe estratégias para se melhorar o autocuidado (FAWCETT, 1995; MELEIS, 2012).

Para Meleis (2012), a origem paradigmática mais apropriada da Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado surge da Teoria das necessidades de Henderson ou da Teoria funcional de Abdellah, Beland, Martin e Matheney. Meleis justifica a afirmativa,

baseada nas necessidades de autocuidado universal propostas por Orem, que são similares às identificadas por Henderson; os requisitos de autocuidado relativos às alterações da saúde são uma extensão do conceito de enfermagem de Henderson, e o exemplo de processo apresentado por Orem é inerente à teoria de desenvolvimento. A autora considera que a teoria de Orem é um exemplo de como as enfermeiras podem aprimorar e aprofundar outras teorias.

OS CONCEITOS DA TEORIA

Os principais elementos conceituais da Teoria Geral de Orem são *autocuidado, ação de autocuidado, demanda de autocuidado terapêutico, déficit de autocuidado, ação de enfermagem e sistema de enfermagem*. O conceito periférico é *fatores condicionantes básicos*. Os conceitos secundários, derivados dos principais, são: *cuidado dependente, agente de cuidado dependente e requisitos de autocuidado*. Todos esses conceitos são discutidos, por Orem, no contexto dos **conceitos centrais** da Enfermagem: **pessoa, meio ambiente, saúde e enfermagem**. Há uma completa inter-relação entre todos os conceitos referidos, entretanto, para efeito didático, alguns deles serão detalhados juntamente com os conceitos centrais, e outros, na descrição dos construtos teóricos da Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado.

Pessoa - Orem descreve a pessoa como ser humano. A ênfase dada aos seres humanos refere-se à unidade psicossomática, como sistema aberto, tendo várias modalidades de funcionamento, e como pessoas. Esta última inclui a visão de agentes, de simbolizadores e de organismos.

Para Orem (2001, p. 99), “cada ser humano, como uma unidade complexa, é descrito com características físicas, psíquicas e intelectuais integradas, com desenvolvimento progressivo”. Segundo a autora, as pessoas maduras e em amadurecimento **desenvolvem** poderes e capacidades para satisfazer suas próprias necessidades de autocuidado e de seus dependentes (grifo da autora deste trabalho).

O enfoque teórico, para a pessoa, está na sua habilidade para engajar-se no autocuidado. Os indivíduos que são cuidados ou ajudados pelas enfermeiras são denominados “pacientes de enfermagem. O termo simboliza o status e função social das pessoas sob os

cuidados da enfermeira. Numa perspectiva sociológica, os termos enfermeira e paciente de enfermagem significam status ou posições relatadas em grupo social". As funções do paciente são especificadas através das condições pelas quais a enfermagem é requerida e pelo que pode e deve ser feito nestas condições (OREM, 2001, p. 59).

Meio ambiente - Orem descreve o meio ambiente como físico, químico, biológico, sócio-econômico-cultural e comunitário. A autora especifica o elo entre a pessoa e o meio ambiente através das proposições:

as características ambientais estão continuamente ou periodicamente interagindo com o homem, mulher e crianças em suas localidades; as condições ambientais podem afetar positivamente ou negativamente a vida, saúde e bem-estar do indivíduo, família e comunidade; sob condições de guerra ou desastre natural as sociedades estão sujeitas à ruptura ou destruição (OREM, 2001, p.51).

Saúde - Tomando por base a complexidade do funcionamento humano e suas relações com os elementos e condições ambientais, Orem utiliza o termo saúde para descrever o estado de bem-estar ou integridade da estrutura humana e do funcionamento corpóreo e mental dos seres humanos. Neste conceito, a autora inclui a extensão dos aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da vida, considerando-os inseparáveis, no indivíduo, acrescentando, ainda, que a saúde está baseada em cuidados preventivos, incluindo sua promoção e manutenção, tratamento de doença ou ferimento, e a prevenção de complicações.

Enfermagem - Orem afirma que, para se alcançar o entendimento da Enfermagem, é necessário identificar onde a palavra é corretamente aplicada, e o que é reconhecido como seu objeto próprio, na sociedade. Em 1956, ela formalizou um conceito mais preciso da Enfermagem:

uma arte através da qual a enfermeira fornece assistência especializada às pessoas com inabilidade, de igual modo que uma assistência comum é necessária para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, para que a pessoa participe inteligentemente dos cuidados

prestados. A arte da enfermagem é praticada: ‘fazendo por’ a pessoa com a inabilidade, ‘ajudando-a a fazer por si própria’ e/ou ‘ajudando-a a aprender como fazer por si própria’. A enfermagem também é praticada ajudando a pessoa da família do paciente ou o amigo do paciente a aprender como ‘fazer’ pelo paciente. Deste modo, cuidar do paciente é uma arte prática e didática (OREM, 2001, p. 7).

Em seu conceito sobre enfermagem, Orem detalha as pessoas que atendem e servem outras (enfermeiras – *ação de enfermagem*) e as que são atendidas e servidas (pacientes – *ação de autocuidado* ou *agente de cuidado dependente*), e faz a relação entre essas partes com seus traços característicos. Ou seja, identifica o que a enfermeira faz e para quem, quais as razões da assistência requerida, bem como os métodos de ajuda usados pela enfermeira na provisão de cuidados.

O termo *ação de enfermagem* designa

as capacidades desenvolvidas de pessoas educadas como enfermeiras, o que as autoriza a se apresentarem como tal e, numa relação interpessoal legítima, agir, conhecer e ajudar as pessoas a conhecerem as suas demandas de autocuidado terapêutico e a regularem o desenvolvimento ou o exercício de sua ação de autocuidado (OREM, 2001, p. 458).

A *ação de autocuidado* é o termo que designa a capacidade adquirida de pessoas maduras ou em amadurecimento para identificar as suas necessidades de autocuidado, bem como o poder para satisfazê-las, de forma que mantenha a sua vida, saúde e bem-estar íntegros. O “agente de cuidado dependente é quando a pessoa aceita a responsabilidade de conhecer e satisfazer as demandas de autocuidado terapêutico de outras pessoas socialmente dependentes, ou de regular o desenvolvimento ou o exercício da ação de autocuidado dessas pessoas”. Orem considera análogos os termos *ação de enfermagem* e *ação de autocuidado*. A diferença está naquele que é beneficiado ou não com as ações. Na *ação de enfermagem*, outros são beneficiados, e na ação de autocuidado, a própria pessoa é beneficiada (OREM, 2001, p. 457).

Na perspectiva da ciência, Orem considera a Enfermagem como uma ciência ou disciplina prática, com componentes teóricos e práticos. “A Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, enquanto origem e forma teórica, expressa a estrutura de comportamentos práticos envolvidos na produção de enfermagem em situações reais” (OREM, 2001, p. 12).

Na perspectiva de serviço, Orem caracteriza a Enfermagem sob dois aspectos: como serviço de ajuda e como serviço humano. Como serviço de ajuda, o foco é induzido *“para as características interpessoais da enfermagem e para algumas diferenças essenciais entre os indivíduos que necessitam da enfermagem e a enfermeira”*. Como serviço humano, a enfermagem *“se fundamenta nas pessoas com necessidades reais para o autocuidado, qualidade terapêutica e limitações para sua administração ou manutenção, e no conhecimento especializado, habilidades e atitudes das enfermeiras”* (OREM, 2001, p. 12 e 54).

Conforme as demandas e limitações da pessoa sob os cuidados de enfermagem são usados os métodos de ajuda, selecionados e combinados pelas enfermeiras, a fim de superar ou compensar essas demandas e limitações. Orem apresenta cinco métodos de ajuda: agir ou fazer por outro, guiar e direcionar, fornecer apoio físico ou psicológico, promover o desenvolvimento pessoal, e ensinar.

No uso dos métodos de ajuda, a enfermeira pratica a *“ação de enfermagem”*. Esse termo significa o *“poder da enfermeira interagir, deliberadamente, com pessoas com necessidade legítima de enfermagem e para produzir enfermagem para elas e, quando possível, com elas”*. Como a *ação de enfermagem* é exercida por causa de outros, há o envolvimento de três dimensões de capacidades específicas: a social, a interpessoal e a profissional-tecnológica, que são inter-relacionadas (OREM, 2001, p. 247).

A relação entre os termos pessoa, meio ambiente, saúde e enfermagem é observada pela afirmação de que a Enfermagem é um modo de ajuda e um serviço humano, produzido deliberadamente pelas enfermeiras, para e com pessoas ou grupos, com limitações derivadas ou associadas à saúde, que os impeçam de conhecer e satisfazer suas necessidades de cuidado ou de seus dependentes, de forma que, sob os cuidados de enfermagem, suas condições ou do meio ambiente serão mantidas ou alteradas (OREM, 2001).

OS CONSTRUTOS TEÓRICOS

A Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado é composta por três construtos teóricos inter-relacionados: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A Teoria do Autocuidado e a Teoria do Déficit de Autocuidado explicam a necessidade dos serviços de enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem explica a maneira como satisfazer as necessidades de autocuidado do paciente.

A TEORIA DO AUTOCUIDADO

A ideia do autocuidado é a base do desenvolvimento da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado. A ideia central desta teoria é o fato de que o autocuidado é uma função regulatória humana, desenvolvida pelos indivíduos, com deliberação para si ou para seus dependentes, a fim de suprir e manter seu funcionamento físico e psíquico, dentro das normas compatíveis com as condições essenciais para a vida e para a integridade de seu funcionamento e desenvolvimento (OREM, 2001).

As pressuposições da Teoria do Autocuidado são (OREM, 2001, p. 171-172):

- As pessoas maduras e em amadurecimento, através do conhecimento desenvolvido, do exercício intelectual, e da habilidade prática, cuidam de si e de seus dependentes, com eficácia.
- O autocuidado e cuidado de dependentes exigem disponibilidade, aquisição, preparo e o uso de recursos para a sua provisão.
- Os meios e processos de autocuidado e cuidados dependentes são elementos culturais que variam conforme as famílias, grupos e sociedades.
- O repertório de ações dos indivíduos e suas preferências afetam o que eles fazem ou não fazem para o cuidado de si ou de seus dependentes.
- As experiências das pessoas, na provisão de autocuidado ou de cuidado dependente, permitem-lhes acumular e estruturar conhecimento e métodos necessários ao cuidado.
- O conhecimento científico adquirido é adicionado ao conhecimento vivenciado sobre o autocuidado e cuidado dependente.

A palavra autocuidado tem uma conotação dúbia, ou seja, autocuidado é o cuidado da pessoa para si ou o cuidado oferecido pela pessoa para alguém, no caso de seus dependentes. O termo *cuidado dependente* significa “a prática de atividades que pessoas maduras responsáveis desenvolvem em benefício de pessoas socialmente dependentes, por algum tempo, ou continuamente, para a manutenção da sua vida e para contribuir para a sua saúde e bem-estar” (OREM, 2001, p.457).

O autocuidado é uma resposta prática do indivíduo para uma demanda experimentada, no sentido de atender a si mesmo. Essa demanda pode ser originada no indivíduo ou em outras pessoas. Por exemplo, individualmente, é originada quando a pessoa identifica um cuidado a ser desenvolvido para a promoção da sua saúde, enquanto, em outras pessoas, quando as enfermeiras dão as diretrizes a seus pacientes. As demandas podem ser satisfeitas ou ignoradas pelas pessoas, pois o autocuidado é um comportamento voluntário, uma ação deliberada para alcançar fins desejados. Por isso, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento de que as demandas experimentadas são significantes para sua vida ou saúde. Assim, eles sentirão a responsabilidade voltada para si (OREM, 2001).

No tocante às habilidades de autocuidado e comportamentos de saúde, Hill, Smith (1990) relatam que as pessoas adotam, deliberadamente, comportamentos de saúde, a fim de beneficiar seu estado de saúde, ou mesmo prevenir, restringir ou curar doenças. E acrescentam que o potencial para se aprender e desenvolver habilidades de autocuidado existe em todos os seres humanos, as quais podem ser orientadas internamente ou externamente.

A ideia de que o autocuidado é uma ação deliberada está baseada nas suposições de que:

os seres humanos conhecem e avaliam os efeitos dos objetos, as condições e situações dos fins esperados; conhecem, diretamente, através dos sentidos, mas também refletem, consideram e entendem; são capazes de determinar suas próprias ações, quando sentem uma luta emocional em direção oposta; podem, deliberadamente, prolongar reflexão sobre que ação tomar, levantando questionamentos e dirigindo a atenção para aspectos diferentes da

situação e possibilidades diferentes para a ação; concentram-se sobre um curso de ação conveniente e excluem outros cursos de ação; precisam, não apenas estar atentos aos objetos, condições e situações das ações propostas, mas, também, possuir habilidades para sustentá-las e manejá-las; agem, deliberadamente, para alcançar fins ou objetivos (OREM, 2001, p. 114).

Hill, Smith (1990, p. 10) consideram que, para se satisfazer as necessidades de autocuidado, a condição essencial é a “habilidade para iniciar e perseverar no processo de autocuidado”.

Baseada na ideia de ação deliberada, Orem modelou o conceito de *demanda de autocuidado* ou *demanda de autocuidado terapêutico*, que é uma entidade humanamente construída, sendo, também, essencialmente, a prescrição de autocuidado contínuo, para que os requisitos de autocuidado identificados sejam satisfeitos, com eficácia. A composição, complexidade e estabilidade da demanda de autocuidado terapêutico variam conforme os requisitos de autocuidado que lhe deram origem (OREM, 2001).

O cálculo da demanda de autocuidado terapêutico é um processo de investigação, no qual a enfermeira utiliza os elementos do raciocínio hipotético-dedutivo para o reconhecimento, tanto do fator comportamental, como do humano, que condicionam os requisitos de autocuidado e a ação de autocuidado do paciente. Para tanto, a enfermeira deve ter conhecimento anterior da estrutura, do funcionamento, crescimento e desenvolvimento humano, bem como da vida familiar, cultural e ocupacional do paciente e de tipos de cuidados preventivos de saúde, além de informações e conhecimentos sobre o processo de enfermagem. Para se calcular a demanda de autocuidado terapêutico no indivíduo, Orem apresenta quatro operações (OREM, 2001, p. 205):

- identificação, formulação e expressão de um requisito de autocuidado particular e sua relação com aspectos do funcionamento e desenvolvimento humano, o que inclui particularizar os valores e frequência com que ele será satisfeito;
- identificação de condições humanas e ambientais capazes ou não de satisfazer o requisito ou que constituam interferência em sua satisfação;

- determinação de métodos e tecnologias válidas e seguras para a satisfação do requisito sob condições e circunstâncias humanas e ambientais gerais;
- exposição dos grupos e sequências de ações a serem desenvolvidas, quando um método ou tecnologia particular ou alguma combinação é selecionada como meio para satisfazer um requisito particular, sob condições e circunstâncias existentes ou emergentes.

Existem três categorias de requisitos de autocuidado, que compreendem as expressões de propósitos a serem alcançados através do engajamento deliberado do indivíduo no autocuidado e são as razões para as ações que constituem o autocuidado. São elas: *requisitos de autocuidado universal*, *requisitos de autocuidado relativos ao desenvolvimento* e *requisitos de autocuidado relativos às alterações da saúde*:

Requisitos de autocuidado universal - são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios de seu ciclo vital, adaptação para a idade, estado de desenvolvimento, meio ambiente e outros fatores. Estão associados aos processos vitais e às necessidades humanas básicas, como a manutenção da ingestão suficiente de ar, água e alimentos; a provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção; a manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso, entre interação social e solidão; prevenção de riscos à vida humana, funcionamento e bem-estar humano, e promoção de funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais.

Requisitos de autocuidado relativos ao desenvolvimento - estão relacionados com os processos de desenvolvimento humano e eventos ocorrentes durante os vários estágios de seu ciclo vital, e com os eventos que podem afetar seu desenvolvimento. Os estágios do ciclo da vida reconhecidos como eventos e ocorrências de desenvolvimento são associados aos progressos humanos em direção aos níveis mais altos da estrutura humana e à maturidade, como: os estágios intrauterinos e os processos do parto; o estágio neonatal; a infância; os estágios de desenvolvimento da infância, incluindo a adolescência e a entrada na maioridade; os estágios de desenvolvimento da maioridade e a gravidez. Esses estágios podem ser alterados por condições que possam adversamente afetar o desenvolvimento humano, como: a provisão educacional; problemas

de adaptação social; falhas na individualização da saúde; perda de parentes, amigos ou membros da comunidade; perda de bens ou segurança ocupacional; mudança abrupta de residência para um ambiente não familiar; problemas alusivos ao status, saúde, pobreza ou deficiência; condições de vida opressiva; doença terminal ou morte iminente.

Requisitos de autocuidado relativos às alterações da saúde - aparecem em pessoas doentes ou sofrendo injúrias, com defeitos constitucionais e genéticos, desvios na estrutura e no funcionamento humano, com seus efeitos, as quais estão sob diagnóstico médico e medidas de tratamento. Estes requisitos podem produzir sentimentos de doença ou de incapacidade funcional, que se relacionam, direta ou indiretamente, com a natureza do desvio de saúde, e influenciam a ação da pessoa.

A TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

A Teoria do Déficit de Autocuidado é o constituinte essencial da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, pois expressa e desenvolve as razões porque as pessoas necessitam da enfermagem. É baseada nos conceitos: autocuidado, fatores condicionantes básicos, demanda de autocuidado terapêutico, déficit de autocuidado e ação de enfermagem, bem como, nas pressuposições e proposições sobre esses conceitos.

Orem apresenta dois grupos de pressuposições que relacionam a ideia central da teoria do déficit de autocuidado com a teoria do autocuidado e com a ideia de dependência social (OREM, 2001, p. 174):

Grupo um

- O engajamento no autocuidado requer habilidade para cuidar de si, em um ambiente estável ou variável.
- O engajamento no autocuidado ou cuidado dependente é afetado pela avaliação das medidas de cuidado, pela pessoa, com respeito à vida, ao desenvolvimento, à saúde e ao bem-estar.
- A qualidade e integridade do autocuidado e cuidado dependente na família e comunidades dependem da cultura, do alcance científico e da educação dos membros do grupo.

- As limitações dos indivíduos para conhecer o que e como fazer, sob as condições existentes, afetam o engajamento no autocuidado e cuidado dependente.

Grupo dois

- As sociedades proveem ajuda para as pessoas com o estado humano de dependência social, através da instituição de modos e meios de ajuda, conforme a natureza das razões para a sua dependência.
- Quando as pessoas em estado de dependência social são institucionalizadas, os meios para ajudá-las são as operações de ajuda direta dos membros de grupos sociais.
- As operações de ajuda direta dos membros de grupos sociais podem ser classificadas dentro daquelas associadas aos estados de dependência, relacionada com a idade ou não.
- Os serviços de ajuda direta estabelecidos em grupos para assistir as pessoas, independente da idade, incluem os serviços de saúde.
- A enfermagem é um dos serviços de ajuda da Civilização Ocidental.

Proposições da Teoria do Déficit de Autocuidado (OREM, 2001, p. 175):

- As pessoas que praticam o autocuidado e o cuidado dependente têm capacidades especializadas para a ação.
- A capacidade de o indivíduo se engajar no autocuidado ou cuidado dependente é condicionada pela idade, pelo estado de desenvolvimento, pela orientação sociocultural, saúde e disponibilidade de recursos.
- As relações das habilidades individuais com o autocuidado ou cuidado dependente, e com a demanda, qualitativa e quantitativa, de autocuidado ou cuidado dependente podem ser determinadas quando o valor de cada uma é conhecido.
- A relação entre as habilidades de cuidado e a demanda de cuidado é definida em termos de *igual a, menor que e maior que*.
- A enfermagem é um serviço legítimo, quando as habilidades de cuidado são menores que as requeridas para satisfazer as demandas de autocuidado conhecidas (um déficit na relação), enquanto as habilidades de autocuidado ou de cuidado dependente excedem ou são iguais às requeridas para satisfazer as demandas de autocuidado atuais, mas, um futuro déficit na relação pode ser esperado em razão de uma possível diminuição das habilidades de cuidado, do aumento quantitativo ou qualitativo das demandas de cuidado, ou de ambos.

- As pessoas com déficits de cuidado existentes ou esperados estão ou estarão em um estado de dependência social que legitima a relação de enfermagem.
- O déficit de autocuidado pode ser relativamente permanente ou transitório.
- O déficit de autocuidado ou de cuidado dependente pode ser totalmente ou parcialmente eliminado ou superado, quando as pessoas com déficit têm as capacidades humanas, disposições e concordâncias necessárias.
- Os déficits de autocuidado, quando expressos através das limitações das pessoas para engajamento nas operações de autocuidado intencionais ou produzidas, guiam a seleção dos métodos de ajuda e o entendimento das funções do paciente no autocuidado.

Segundo a Teoria do Déficit de Autocuidado, a enfermeira responde e provê um serviço legítimo quando a ação de autocuidado é limitada por causa do estado de saúde ou das necessidades do paciente de receber cuidado. Dessa forma, os pacientes, para a enfermagem, são pessoas com déficits de autocuidado relacionados com a saúde.

Os déficits de autocuidado são afetados por duas variáveis: a ação de autocuidado e a demanda de autocuidado. Ocorre o déficit de autocuidado ou déficit de cuidado dependente, quando a demanda de autocuidado excede a ação de autocuidado ou agente de cuidado dependente.

A demanda de autocuidado ou demanda de autocuidado terapêutico pode ser afetada pelos “fatores condicionantes básicos, que são os fatores internos ou externos ao indivíduo que afetam a sua capacidade de engajar-se no autocuidado”, ou seja, a idade, o gênero, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, os fatores socioculturais, familiares e ambientais, os aspectos relativos ao sistema de assistência à saúde, o padrão de vida, e a disponibilidade e adequação de recursos (OREM, 2001, p. 203).

Ao se referir à *ação de enfermagem*, Orem especifica que, na produção da enfermagem, são reconhecidos três estágios em situações práticas, que envolvem relações interpessoais da enfermeira com seus pacientes, com outras enfermeiras e provedores de cuidado, são:

o estágio de contato inicial da enfermeira com o paciente; o estágio de contatos contínuos da enfermeira com o paciente durante toda a execução do cuidado de enfermagem; o estágio de preparação do paciente para separar-se da enfermagem e retornar ao autocuidado, com ou sob a consulta e supervisão da enfermagem, ou transferir-se para outro preparativo da enfermagem (OREM, 2001, p.293-94).

O foco de saúde na enfermagem é o ciclo vital, que valida e provê a base para os requisitos de autocuidado universal e os relativos ao desenvolvimento. Nesse foco, o cuidado também é designado para promover e manter a saúde das pessoas e protegê-las contra doenças ou males específicos. O crescimento e desenvolvimento normal do bebê, das crianças e dos adolescentes; o contínuo desenvolvimento psicológico e intelectual do adulto; a gravidez em adolescente, mulher jovem e mulher idosa; as mudanças anatômicas, fisiológicas e psicológicas da meia idade e da idade avançada são considerados os tipos de casos de enfermagem com o foco no ciclo vital (OREM, 2001).

A prática da enfermagem envolve três dimensões, com características inter-relacionadas: a social, a interpessoal e a tecnológica. A social representa as funções da enfermeira e do paciente; a interpessoal destaca a relação interpessoal entre enfermeira e paciente, necessária para o contrato social e prestação de cuidado; a tecnológica corresponde a todas as ações desenhadas pelas enfermeiras na estrutura das relações social e interpessoal, a fim de satisfazer as necessidades de cuidado do paciente (OREM, 2001).

A dimensão tecnológica abrange as operações profissionais e de cuidado da prática de enfermagem. As operações profissional-tecnológicas executadas pelas enfermeiras na prática de enfermagem referem-se ao **processo de enfermagem**.

No *processo de enfermagem*, as enfermeiras executam operações diagnóstica e prescritiva, regulatória ou de tratamento e operações de controle, incluindo a avaliação, em uma seqüência

contínua e regular, conforme a relação interpessoal enfermeira-paciente e a provisão de cuidado de enfermagem (OREM, 2001).

A operação **diagnóstica** engloba o exame, a análise cuidadosa dos dados do paciente e o julgamento do paciente pela enfermagem, suas particularidades (requisito de autocuidado, demanda de autocuidado, fatores condicionantes básicos, ação de autocuidado), ou mudanças nas particularidades. A enfermeira analisa a relação existente entre a ação de autocuidado e a demanda de autocuidado terapêutico, a fim de identificar os déficits de autocuidado. As **operações prescritivas** compreendem o desenho e planejamento do sistema de enfermagem, pois especificam os meios usados para satisfazer os requisitos de autocuidado e a totalidade desses meios; os papéis da enfermeira e do paciente na satisfação da demanda de autocuidado e na regulação do exercício ou desenvolvimento da ação de autocuidado. As **operações de regulação ou tratamento** envolvem a produção do sistema de enfermagem ou métodos de ajuda elaborados, isto é, correspondem à execução prática das atividades prescritas para o problema diagnosticado, a fim de que as metas e os objetivos da enfermagem, para o paciente, sejam alcançados. Esses resultados são expressos através da satisfação contínua da demanda de autocuidado terapêutico e da regulação do exercício ou desenvolvimento da ação de autocuidado. As **operações de controle** são executadas concomitantemente com as operações regulatória e de tratamento e incluem a observação e a avaliação periódica e contínua destas (OREM, 2001).

A TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem está relacionada com a Teoria do Déficit de Autocuidado e com a Teoria do Autocuidado. Essa teoria articula a ação de enfermagem com a demanda de autocuidado terapêutico e com a ação de autocuidado, quando estabelece e estrutura o conteúdo e prática da enfermagem (OREM, 2001).

O objetivo central da Teoria dos Sistemas de Enfermagem é o exercício do poder da enfermeira pela ação de enfermagem, ao desenhar os sistemas de enfermagem para o paciente, de maneira que os déficits de autocuidado existentes, emergentes ou projetados

sejam compensados ou superados. Os sistemas de enfermagem são produzidos para os pacientes, grupos, famílias ou unidades multipessoais que apresentem déficit de autocuidado ou de cuidado dependente. Nas pressuposições para a teoria dos sistemas de enfermagem, enfoca-se a enfermagem como

um esforço prático, um serviço humano de saúde, sendo entendida como arte, uma qualidade intelectual das enfermeiras, produzindo enfermagem para outros, cujos resultados são articulados com seus traços interpessoais e sociais. Os resultados aspirados pelas enfermeiras são expressos como formas de cuidados que resultam em ações positivas para a saúde ou bem-estar (OREM, 2001, p. 176).

Proposições da teoria dos sistemas de enfermagem (OREM, 2001, p. 176-7):

- Os pacientes de enfermagem são as pessoas cujos poderes de ação de autocuidado ou de cuidado dependente são parcialmente ou totalmente inadequados para a satisfação de seus requisitos de autocuidado, ou de seus dependentes.
- No desenho do sistema de enfermagem, a enfermeira busca informações necessárias para os julgamentos da demanda de autocuidado terapêutico e dos poderes da ação de autocuidado, ou de cuidado dependente das pessoas sob seus cuidados.
- A natureza compensatória dos sistemas de enfermagem, para o paciente, é especificada pela necessidade imediata de satisfazer os componentes de sua demanda de autocuidado terapêutico e por sua inabilidade para desenvolver as ações requeridas.
- as limitações da ação de autocuidado das pessoas podem ser superadas nos sistemas de enfermagem, através da aprendizagem, desenvolvimento e exercício de habilidade, e pelo desenvolvimento, aumento ou ajuste das habilidades de auto direção e autoadministração.
- A estrutura do sistema de enfermagem varia de acordo com o que o paciente pode ou não fazer para o conhecimento e satisfação de sua demanda de autocuidado terapêutico ou de seus dependentes, e para superar suas limitações nas ações existentes ou emergentes.

- A estrutura, o conteúdo e os resultados dos sistemas de enfermagem, em situações concretas da vida, variam com os poderes de ação de enfermagem desenvolvidos pela enfermeira, sua disposição para o exercício desses poderes, seus fatores internos ou circunstâncias e condições externas que facilitam ou impedem o exercício dos seus poderes de ação de enfermagem.
- A integração dos sistemas de enfermagem, de acordo com o sistema interpessoal, varia com os poderes do paciente para interagir e comunicar-se com a enfermeira, como também com os poderes de interação e comunicação da enfermeira.

Os elementos dos sistemas de enfermagem são a enfermeira e o paciente de enfermagem. O paciente de enfermagem legítimo tem uma demanda de autocuidado terapêutico a ser satisfeita, a ação de autocuidado em estado de desenvolvimento e um déficit de autocuidado, enquanto a enfermeira tem o poder de ação de enfermagem e o desejo de exercê-la em benefício do paciente. Segundo Orem (2001, p.304),

os sistemas de enfermagem projetados existem como sistemas de ações concretas, produzidas deliberadamente por ações distintas de enfermeiras e pacientes em situações de cuidado. As projeções dos sistemas de enfermagem que enfermeiras (ou enfermeiras e pacientes) fazem sobre ações futuras em regular a ação de autocuidado do paciente e em satisfazer suas demandas de autocuidado terapêutico, são desenhos de sistema de cuidado.

Orem classifica os sistemas de enfermagem em: **sistema totalmente compensatório**, **sistema parcialmente compensatório** e **sistema apoio-educação**. Essa classificação representa a distribuição das prescrições das funções da enfermeira e do paciente, e o subsequente ajuste dessas funções (OREM, 2001).

O paciente é colocado no **Sistema Totalmente Compensatório** quando apresenta incapacidade para engajar-se nas ações de autocuidado, devido à deambulação controlada e aos movimentos manipulados, ou à prescrição médica, para suprimir um requisito de autocuidado relativos às alterações da saúde. Esse

sistema indica que a enfermeira é a maior contribuidora para que todos os requisitos de autocuidado do paciente sejam satisfeitos e sua integridade pessoal e poder de ação de autocuidado sejam protegidos.

No **Sistema Parcialmente Compensatório**, a enfermeira e o paciente desenvolvem medidas de cuidado ou outras ações. Em situações parcialmente compensatórias, todos os cinco métodos de ajuda: agir ou fazer por outro, guiar e direcionar, fornecer apoio físico ou psicológico, promover o desenvolvimento pessoal, e ensinar, podem ser usados ao mesmo tempo.

No **Sistema Apoio-educação**, o paciente é hábil para executar e/ou aprender a executar medidas orientadas para seu autocuidado terapêutico. Os métodos de ajuda para esse sistema incluem a combinação de apoio, orientação, provisão de um ambiente de desenvolvimento e ensino. Assim, o papel da enfermeira é primariamente consultivo.

USO DA TEORIA EM PESQUISAS DIVERSAS

A Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado tem sido usada pelas enfermeiras para direcionar a prática, a pesquisa e a educação da enfermagem para pessoas de diferentes idades, nos diversos estágios de desenvolvimento e estados de saúde, em diferentes localizações (OREM, 2001; HILL, SMITH, 1990).

Na Paraíba, várias pesquisadoras desenvolveram sua Dissertação de Mestrado utilizando a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado como referencial, em diversas abordagens. Fernandes (1995) realizou sua pesquisa com paciente diabético jovem, com o objetivo de operacionalizar a assistência de enfermagem. Araújo (1996) observou pacientes adultos em uso de medicamentos cardiovasculares, com o objetivo de identificar déficits de autocuidado na utilização desses medicamentos e elaborou uma proposta educativa para seus pacientes. A clientela da pesquisa de Fontes (1997) constou de mulheres atendidas em um serviço de mastologia. Com base nos déficits de autocuidado identificados, essa autora desenvolveu uma proposta educativa para o autoexame das mamas. Marques (1997) desenvolveu seu estudo com hemofílicos e propôs intervenções de enfermagem na prática do autocuidado desses pacientes. Freire (2000) aplicou os conceitos

dessa teoria em pacientes idosos hipertensos, na sistematização da assistência de enfermagem. Em todos esses trabalhos, foram feitas adaptações nas etapas do processo de enfermagem. Embora o processo de enfermagem tenha sido uma abordagem básica, não foi observada uma uniformização no uso das etapas do processo de enfermagem de Orem, em todos esses estudos, o que é possível, segundo HILL, SMITH (1990).

Particularmente, utilizamos o modelo teórico de Orem em pesquisas com pacientes diversos. Na Dissertação de Mestrado, com primigestas, para identificar déficits de autocuidado universal, bem como os relativos ao desenvolvimento e elaborar uma proposta de assistência de enfermagem no pré-natal (FARIAS, COSTA, 2001). Na Tese de Doutorado, numa pesquisa convergente-assistencial, foi prestada assistência de enfermagem à adolescente grávida, com o objetivo geral de sistematizar a assistência de enfermagem a essa clientela (FARIAS, 2003). Foram realizados, também, dois estudos de casos: um em uma paciente epiléptica, para a identificação de diagnósticos de enfermagem (Duarte et al., 2000), e outro, em uma paciente gestante de alto risco, com diagnóstico médico de placenta prévia, operacionalizando-se o processo de enfermagem de Orem (FARIAS, NÓBREGA, 2000).

Realizamos, também, uma pesquisa com os objetivos de se fazer uma reflexão crítica sobre um dos construtos da Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado, e analisar sua aplicação em um estudo empírico (FARIAS, PAGLIUCA, 2000; 2006). Por último, realizamos uma pesquisa para identificar os déficits de autocuidado universal em adolescentes grávidas (FARIAS, GARCIA, 2005).

Enfim, na atualidade muitos pesquisadores estão desenvolvendo seus estudos utilizando as teorias de enfermagem, particularmente a teoria em foco, em diferentes áreas temáticas das ciências da saúde, a exemplos de Compeán Ortiz et al. (2010) – na saúde do adulto, Sousa et al. (2012) – com crianças e adolescentes, Molina, Suazo (2009) – na gravidez e climatério, dentre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência adquirida com o uso da Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado leva-nos a concluir que seus conceitos e definições são acessíveis e apresentam bases empíricas; que essa teoria é útil para direcionar a prática e pesquisa de enfermagem; que essa abordagem teórica facilita a identificação dos diagnósticos de enfermagem, a partir dos déficits de autocuidado identificados; que os construtos teóricos componentes do modelo de Orem são profundamente relacionados, sendo inviável a sua aplicação separadamente; que a teoria é de fácil aplicabilidade e importante para a operacionalização do processo de enfermagem.

Ademais, a teoria de Orem facilita o desenvolvimento da prática de enfermagem; os pacientes, quando estimulados e ensinados, engajam-se no autocuidado; o autocuidado é um comportamento aprendido; um mesmo paciente pode apresentar os três requisitos de autocuidado e passar pelos três sistemas de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. R. D. de. **Autocuidado na utilização de medicamentos cardiovasculares**: proposta educativa de enfermagem. 1996. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

COMPEÁN ORTIZ, L. G. Condutas de autocuidado e indicadores de saúde em adultos com diabetes tipo 2. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 1-7, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_03.pdf> Acesso em: 29 ago. 2012.

DUARTE, M. C. A. et al. Diagnóstico de enfermagem em paciente epiléptica embasado na teoria do autocuidado: estudo de caso. **Rev. Nursing – edição brasileira**, São Paulo, ano 3, n. 25, p. 30-34, jun. 2000.

FARIAS, M. C. A. D. de. **Assistência de enfermagem à adolescente grávida à luz da Teoria Geral de Enfermagem de Orem**. [tese] Fortaleza (CE): Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003.

FARIAS, M. C. A. D. de; NÓBREGA, M. M. L. da. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 59-67, dez. 2000.

FARIAS, M. C. A. D. de.; PAGLIUCA, L. M. F. O modelo teórico do autocuidado: reflexão crítica e análise da aplicabilidade da teoria do déficit de autocuidado. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52. Olinda, PE. **Resumos ...** Olinda: ABEn, out. 2000.

FARIAS, M. C. A. D. de; COSTA, T. N. A. Déficit de autocuidado em primigestas: proposta de assistência de enfermagem no pré-natal. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.1, n.1, p.69-78, jan./jul. 2001.

FARIAS, M. C. A. D. de.; GARCIA, T. R. Déficits de autocuidado universal identificados em adolescentes grávidas. In: FORTUNATO, M. L.; OLIVEIRA, F. B. de. (Orgs.). **Ensaio**: abordagens teórico-metodológicas em pesquisas. Campina grande, PB: Editora da UFCG, 2005. p. 280-289.

FARIAS, M. C. A. D. de.; PAGLIUCA, L. M. F. Modelo teórico do autocuidado: análise crítico-reflexivo da aplicação no cuidado de uma gestante de alto risco. **Rev. RENE**; Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 98-105, maio./ago. 2006.

FAWCETT, J. Orem's self-care framework. In: FAWCETT, J. **Analysis and evaluation of conceptual Models of Nursing**. 3. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1995. Cap. 7. p. 277-374.

FERNANDES, W. L. **Assistência de enfermagem ao diabético jovem embasada no autocuidado**. 1995. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

FONTES, W. D. de. **Déficit de autocuidado no câncer de mama: proposta educativa de enfermagem**. 1997. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

FREIRE, M. R. S. de M. **O idoso hipertenso e o autocuidado**. 2000. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

HILL, L.; SMITH, N. **Self-care nursing: promotion of health**. 2. ed. Norwalk:Appleton & Lange, 1990.

MARQUES, R. R. da C. **Déficit de autocuidado em hemofílico: proposta de intervenção de enfermagem**. 1997. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development & progress**. 5. ed. Philadelphia: Lippincot, 2012.

MOLINA, A. S.; SUAZO, S. V. Teoria de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 4, p.613-619, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/21.pdf>> Acesso em: 29 ago. 2012.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6. ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 2001.

SOUSA, M. L. X. F. de et al. Déficits de autocuidado em crianças e adolescentes com doença renal crônica. **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n.1, p. 95-102, mar. 2012, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/21.pdf>> Acesso em: 29 ago, 2012.

SOBRE OS AUTORES

Amanda Oliveira da Silveira Marques Dantas

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Sousa-PB.

Ankilma do Nascimento Andrade

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente da Faculdade Santa Maria - Cajazeiras-PB.

Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

Enfermeira. Professora Ms. Assistente I da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Assistência para a Saúde Humana (GEPASH).

Betânia Maria Pereira dos Santos

Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Professora da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG/ETSC). Membro do GEPASH.

Cícera Mykellandy Gonçalves Monteiro

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande.

Eliane de Sousa Leite

Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL, São Paulo. Servidora Técnica Administrativa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG/UACV).

Eveline Mayone Sarmiento de Meneses

Enfermeira.

Fernanda Avelino Félix

Graduanda em Enfermagem pela UFCG, Campus Cajazeiras.
Membro do GEPASH.

Francisca Adelânia Gonçalves Araruna

Enfermeira. Graduada pela Faculdade Santa Maria – Cajazeiras – PB.

Geofábio Sucupira Casimiro

Professor da UFCG/CFP/UACV.

Germana Figueiredo de Lima

Enfermeira. Membro do Grupo de pesquisa sobre a saúde do homem.
João Pessoa, PB.

Glenda Agra

Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
Docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).
Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar. Membro do Núcleo
de Estudo e Pesquisa em Bioética (NEPB).

Jamili Ambar Torquato

Doutora em Fisioterapeuta. Docente do Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde da Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL).

Karla Maria Duarte Silva de Oliveira

Enfermeira. Mestranda em enfermagem pela UFPB. Membro do
grupo de pesquisa sobre a saúde do homem. João Pessoa, PB>

Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Enfermeira. Professora da UFCG/CFP/UACV. Membro do
GEPASH.

Kilvia Kiev Marcolino Manguera

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina
Grande, Centro de Formação de Professores.

Laurita da Silva Cartaxo

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL); Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); Membro do GEPASH.

Luiz Carlos de Abreu

Fisioterapeuta. Pós-doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Responsável pelo Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica na Faculdade de Medicina do ABC.

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Enfermeira. Doutora em enfermagem, pela Universidade Federal do Ceará. Professora associado da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras – PB, Brasil. Líder do GEPASH.

Maria Isabel Leandro da Silva

Graduanda em Enfermagem pela UFCG, Campus Cajazeiras. Membro do GEPASH.

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Diretora do Centro CIPE do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

Maria Mônica Paulino do Nascimento

Professora auxiliar do curso de graduação em Enfermagem da UFCG, Campus de Cajazeiras, PB; docente do curso de Enfermagem da Faculdade Santa Maria, membro do GEPASH.

Marilena Maria de Souza

Enfermeira. Professora. Mestre em enfermagem pela UFPB, Diretora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras, CFP/UFCG, PB. Membro do GEPASH.

Marina Mendes Luiz

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores.

Rayrla Cristina de Abreu Temoteo

Enfermeira. Especializando-se em Saúde da Família pela Faculdade Santa Maria – FSM – PB. Coordenadora do Programa de Controle de Tuberculose e de Hanseníase do município de Cajazeiras – PB. Membro do GEPASH.

Renan Alves Silva

Graduando em Enfermagem pela UFCG, Campus Cajazeiras. Membro do GEPASH.

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Enfermeira. Professora da UFCG/CFP/UACV. Membro do GEPASH. Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB.

Rubens Felix de Lima

Aluno do curso de graduação em Enfermagem da UFCG, Campus de Cajazeiras-PB. Membro do GEPASH.

Tamilles Cristina Lopes da Silva

Graduanda em Enfermagem pela UFCG, Campus Cajazeiras. Membro do GEPASH.

Telma Ribeiro Garcia

Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (EERP/USP). Diretora do Centro CIPE do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

Thaiany Batista Sarmento de Oliveira

Graduanda em Enfermagem pela UFCG, Campus Cajazeiras. Membro do GEPASH.

Vanessa Estrela Rolim

Graduanda em Enfermagem pela UFCG, Campus Cajazeiras.
Membro do GEPASH.

Veruscka Pedrosa Barreto

Nutricionista. Mestre em genética pela Universidade Federal da Paraíba. Professora Assistente I da Universidade Federal de Campina Grande, Assessora de Extensão do Centro de Formação de Professores, Cajazeiras – PB, Brasil. Membro do GEPASH.

Wilma Dias de Fontes

Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.

RDS GRÁFICA E EDITORA LTDA.
FORTALEZA - CE
TIRAGEM: 300 exemplares
TIPOGRAFIA : Times New Roman
FORMATO: 15X21 cm
PAPEL DO MIOLO: Offset 75 g/m²
PAPEL DA CAPA: Cartão Tríplex 250 g/m²
LAMINAÇÃO DA CAPA: Fosco
NÚMERO DE PÁGINAS: 222
ACABAMENTO: Encadernado e Colado

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – EDUFCEG

