



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 5

Atena
Editora
Ano 2019



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 5

Atena
Editora
Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
D611	Discursos, saberes e práticas da enfermagem 5 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Discursos, saberes e práticas da enfermagem; v. 5) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-880-9 DOI 10.22533/at.ed.809192312 1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa. II. Série. CDD 610.73
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*Discursos, Saberes e Práticas da Enfermagem*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 6 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 31 capítulos, o volume V aborda pesquisas que envolvem assistência à saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso.

As publicações trazem assuntos no eixo da pediatria trabalhando protocolos assistenciais diversos, o uso de estratégias lúdicas na assistência à criança, o cuidado diante de morbidades neurológicas ao público infanto-juvenil, dentre outras. Em se tratando do público jovem, as temáticas inseridas são a violência contra o adolescente, condições socioeconômicas, dependência química, dentre outras. Vale ressaltar acerca das pesquisas em gerontologia, que abordam os mais diversos aspectos voltados ao cuidado com o público idoso e às principais morbidades inerentes à essa faixa etária.

Nesse sentido, os estudos realizados contribuem para o melhor entendimento quando trabalham as mais diversas temáticas, fornecendo subsídios para estabelecimento de estratégias direcionadas para o cuidado em saúde. Desse modo, este volume é dedicado ao de profissionais atuantes em pediatria, assistência ao adolescente e gerontologia, devendo conhecer e atender as especificidades inerentes à cada público em particular.

Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular as práticas na busca pelo conhecimento e atualização nas áreas em questão, impactando na qualidade e humanização da assistência a saúde da criança, do adolescente e do idoso.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE VIVENCIADA PELA CRIANÇA SOB OS DOMÍNIOS DA ESCALA DE YALE	
Carlos Eduardo Peres Sampaio Castorina da Silva Duque Geandra Quirino da Silva Giselle Barcellos Oliveira Koeppe Leonardo dos Santos Pereira Luciana da Costa Nogueira Cerqueira Patrícia da Costa Teixeira Priscila Pradonoff de Oliveira Rosilene Aparecida dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.8091923121	
CAPÍTULO 2	12
ASSOCIAÇÃO DA CONDIÇÃO SOCIAL E CLÍNICA À DEPENDÊNCIA FÍSICA INFANTOJUVENIL NAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS	
Gisele Weissheimer Verônica de Azevedo Mazza Fernanda Cassanho Teodoro Vanessa Ferreira de Lima Sara Rocha de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.8091923122	
CAPÍTULO 3	25
AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS EM CRIANÇAS INTERNADAS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS	
Edficher Margotti Itla Prazeres	
DOI 10.22533/at.ed.8091923123	
CAPÍTULO 4	37
DEPENDÊNCIA FÍSICA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS NEUROLÓGICAS	
Gisele Weissheimer Verônica de Azevedo Mazza Fernanda Cassanho Teodoro Vanessa Ferreira de Lima Sara Rocha de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.8091923124	
CAPÍTULO 5	51
EFETIVAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE A PRÁTICA E A FORMAÇÃO	
Pâmela Silva George Donizete Vago Daher Emília Gallindo Cursino Adriana Teixeira Reis	
DOI 10.22533/at.ed.8091923125	

CAPÍTULO 6 63

FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDADE DO ESCORPIONISMO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Caio Santos Limeira
Adriana Alves Nery
Cezar Augusto Casotti
Érica Assunção Carmo

DOI 10.22533/at.ed.8091923126

CAPÍTULO 7 75

ESTRUTURA FAMILIAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS NEUROLÓGICAS

Gisele Weissheimer
Verônica de Azevedo Mazza
Fernanda Cassanho Teodoro
Vanessa Ferreira de Lima
Sara Rocha de Souza

DOI 10.22533/at.ed.8091923127

CAPÍTULO 8 88

UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICA

Waldineia Rodrigues Dos Santos
Raquel Guerra Ramos
Luzimar Oliveira da Silva
Sandra Gonçalves Gloria Reis
Zuleide da Rocha Araujo Borges

DOI 10.22533/at.ed.8091923128

CAPÍTULO 9 90

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TRACOMA ENTRE ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE CAXIAS NO MARANHÃO

Tharlíane Silva Chaves
Beatriz Mourão Pereira
Joseneide Teixeira Câmara
Hayla Nunes da Conceição
Diellison Layson dos Santos Lima
Francielle Borba dos Santos
Tatyanne Maria Pereira de Oliveira
Thauanna Souza Araujo
Magnólia de Jesus Sousa Magalhães
Leônidas Reis Pinheiro Moura
Christianne Silva Barreto
Cleidiane Maria Sales de Brito

DOI 10.22533/at.ed.8091923129

CAPÍTULO 10 102

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES MENORES DE CINCO ANOS INTERNADOS COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE

Simone Souza de Freitas
Ana Raquel Xavier Ramos
Jacqueline Santos Valença
Kaio Felipe Araújo Carvalho
Lilíada Gomes da Silva
Ligiane Josefa da Silva
Maria Luzineide Bizarria Pinto

Raniele Oliveira Paulino
Stefany Catarine Costa Pinheiro
DOI 10.22533/at.ed.80919231210

CAPÍTULO 11 114

SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA PARA FAMILIARES DE ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Natana Abreu de Moura
Ana Ruth Macêdo Monteiro
Rodrigo Jacob Moreira de Freitas
Liane Araújo Teixeira
Kelianny Pinheiro Bezerra
Joana Darc Martins Torres

DOI 10.22533/at.ed.80919231211

CAPÍTULO 12 126

BRINQUEDO TERAPÊUTICO: UTILIZAÇÃO EM PROCEDIMENTOS INVASIVOS DE ENFERMAGEM

Amanda Ferreira
Liziani Iturriet Avila
Pamela Kath de Oliveira Nornberg
Aline Ney Grehs
Amanda Guimarães Ferreira
Renata Oliveira Martins
Stella Minasi de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.80919231212

CAPÍTULO 13 139

A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM SOBRE O USO E ABUSO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA

Jessica Campos Ribeiro
Inez Silva de Almeida
Helena Ferraz Gomes
Ellen M. Peres
Andréia Jorge da Costa
Dayana Carvalho Leite

DOI 10.22533/at.ed.80919231213

CAPÍTULO 14 149

O CUIDADO NEONATAL EM PROJETO DE EXTENSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Meiriane Christine dos Santos Aguiar
Isis Vanessa Nazareth
Barbara Santos de Almeida
Beatriz Cristine da Costa Silva
Isadora Oliveira do Amaral
Kelly Pinheiro Vieira
Laís Loureiro Figueiró Araújo
Larissa de Araújo Mantuano Agostinho
Luiza Fernanda Thomaz Mendonça
Rayane Loyze de Melo Porto
Tamara Lopes Terto
Wanderlane Sousa Lima

DOI 10.22533/at.ed.80919231214

CAPÍTULO 15 158

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO BIPOLAR TIPOS I E II E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Patricia Maria da Silva Rodrigues
Flaviane Maria Pereira Belo
Luís Filipe Dias Bezerra
Andrey Ferreira da Silva
Jirliane Martins dos Santos
Caroline Tenório Guedes de Almeida
Gabrielly Giovanelly Soares Martins
Flavianne Estrela Maia
Ingrid Peixoto Veiga Wanderley
Maila Lorena de Carvalho Sousa
Andreza Maria Gomes de Araujo
Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.80919231215

CAPÍTULO 16 172

ATENÇÃO DOMICILIAR: CUSTO FAMILIAR COM O IDOSO DEPENDENTE PELA DOENÇA DE ALZHEIMER

Anadelle de Souza Teixeira Lima
Edna Aparecida Barbosa de Castro
Fernanda Vieira Nicolato

DOI 10.22533/at.ed.80919231216

CAPÍTULO 17 185

AUTOPERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ÚLCERA VENOSA

Brunno Lessa Saldanha Xavier
Mellyssa Grazielle Ferreira do Rosário
Virgínia Fernanda Januário

DOI 10.22533/at.ed.80919231217

CAPÍTULO 18 200

LEVANTAMENTO DAS HOSPITALIZAÇÕES POR PNEUMONIA EM MENORES DE 5 ANOS DO AGRESTE ALAGOANO

Hidyanara Luiza de Paula
Ririslâyne Barbosa da Silva
Mayara Pryscilla Santos Silva
Amanda da Silva Bezerra
Viviane Milena Duarte dos Santos
Kleviton Leandro Alves dos Santos
Thayse Barbosa Sousa Magalhães
Ana Karla Rodrigues Lourenço
Thayná Alves do Nascimento
Joisse Ane Moreira da Silva Ferreira
Alanna Kádria Fireman de Farias Silva
Tamiris de Souza Xavier

DOI 10.22533/at.ed.80919231218

CAPÍTULO 19 205

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS GERONTOLÓGICOS DE MANAUS (AM)

Cleisiane Xavier Diniz
Maria de Nazaré de Souza Ribeiro
Fernanda Farias de Castro
Selma Barboza Perdomo

Joaquim Hudson de Souza Ribeiro
Orlando Gonçalves Barbosa
DOI 10.22533/at.ed.80919231219

CAPÍTULO 20 207

A ENFERMAGEM PROMOVEDO A SAÚDE OCULAR DE CRIANÇAS ATRAVÉS DO TEATRO

Larissa Rodrigues Esteves
Zuleyce Maria Lessa Pacheco
Lucas Roque Matos
Izabela Palitot da Silva
Maria Vitória Hoffmann
Irene Duarte Souza
Thalita de Oliveira Felisbino
Larissa Matos Amaral Martins
Giovana Caetano de Araujo Laguardia

DOI 10.22533/at.ed.80919231220

CAPÍTULO 21 220

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ADOLESCENTES SOBRE A ENFERMAGEM

Thais Nogueira Ribeiro Neto
Tadeu Lessa da Costa
Gláucia Alexandre Formozo
Beatriz Fernandes Dias

DOI 10.22533/at.ed.80919231221

CAPÍTULO 22 233

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lilian Christianne Rodrigues Barbosa
Luana Jeniffer Souza Farias da Costa
Lucilo José Ribeiro Neto
Paula Alencar Gonçalves
Thaysa Alves Tavares
Mércia Lisieux Vaz da Costa
Jane Keyla Souza dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.80919231222

CAPÍTULO 23 238

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA

Gabriel Frazão Silva Pedrosa
Lidiane Andréia Assunção Barros

DOI 10.22533/at.ed.80919231223

CAPÍTULO 24 245

SENTIMENTOS DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NO CENÁRIO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Adrielli Glicia da Silva Martins
Edcarlos Jonas Soares de Lima
Maria Patrícia Gonçalves da Silva
João Bosco Filho

DOI 10.22533/at.ed.80919231224

CAPÍTULO 25 258

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO SOBRE AUTOMEDICAÇÃO EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

Alessandro Fábio de Carvalho Oliveira
Enéas Rangel Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.80919231225

CAPÍTULO 26 271

HIV/AIDS EM IDOSOS E SUAS REDES DE CUIDADO

Monalisa Rodrigues da Cruz
Danilo Silva Alves
Renata Laís da Silva Nascimento Maia
Ingrid da Silva Mendonça
Darley dos Santos Fernandes
Maria Larissa de Sousa Andrade
Gerllanny Mara de Souza Lopes
Nathália Santana Martins Moreira
Ranielle Barbosa Saraiva
Brenda da Silva Bernardino
Bruna Rodrigues de Araújo Marques
Guilherme Almeida de Castro

DOI 10.22533/at.ed.80919231226

CAPÍTULO 27 276

FREQUENCY AND BEHAVIOR FOR SEFL-MEDICATION IN ELDERLY

Francisco Gilberto Fernandes Pereira
Claudia Regina Pereira
Francisca Tereza de Galiza
Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício

DOI 10.22533/at.ed.80919231227

CAPÍTULO 28 289

PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS AO IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA

Mariana Ramos Guimarães
Donizete Vago Daher
Florence Tocantins Romijn
Aline Ramos Velasco
Ândrea Cardoso de Souza

DOI 10.22533/at.ed.80919231228

CAPÍTULO 29 300

ENFERMAGEM NO QUILOMBO: AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS

Thamilly Joaquina Picanço da Silva
Wingred Lobato Gonçalves
Karoline Sampaio da Silva
Helielson Medeiros dos Santos
Jéssica Monteiro Cunha
Darliane Alves da Silva
Maira Beatrine da Rocha Uchôa
Marlucilena Pinheiro da Silva
Rubens Alex de Oliveira Menezes

DOI 10.22533/at.ed.80919231229

CAPÍTULO 30	305
ACESSO PREJUDICADO REFERIDO PELOS IDOSOS	
Cleisiane Xavier Diniz	
Maria de Nazaré de Souza Ribeiro	
Fernanda Farias de Castro	
Joaquim Hudson de Souza Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.80919231230	
CAPÍTULO 31	307
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM IATROGENIAS: REVISÃO DA LITERATURA	
Kewinny Beltrão Tavares	
Lucrecia Aline Cabral Formigosa	
Joana Dulce Cabral Formigosa	
Samara Machado Castilho	
Thatiane Cristina da Anunciação Athaide	
Alessandra Maria de Melo Cardoso	
Joyce Souza Lima	
DOI 10.22533/at.ed.80919231231	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	312
ÍNDICE REMISSIVO	313

A INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE VIVENCIADA PELA CRIANÇA SOB OS DOMÍNIOS DA ESCALA DE YALE

Data de aceite: 27/11/2019

(UVA).

Carlos Eduardo Peres Sampaio

Enfermeiro, Mestre e Doutor em Bioquímica Médica pelo Instituto de Bioquímica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Professor Associado do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida (UVA).

Castorina da Silva Duque

Enfermeira, Mestre pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida (UVA).

Geandra Quirino da Silva

Enfermeira, Mestre em Insuficiência Cardíaca Crônica pelo Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Enfermagem em Cardiologia pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida (UVA).

Giselle Barcellos Oliveira Koepp

Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida

Leonardo dos Santos Pereira

Enfermeiro, Mestre pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em docência do nível superior pela Universidade Veiga de Almeida (UVA). Especialista em terapia intensiva e emergência pelo Hospital Pró-Cardíaco. Professor Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida (UVA).

Luciana da Costa Nogueira Cerqueira

Enfermeira, Mestre em Biociência pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida (UVA).

Patrícia da Costa Teixeira

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida (UVA).

Priscila Pradonoff de Oliveira

Enfermeira, Mestre em Psicanálise Saúde e Sociedade pela Universidade Veiga de Almeida (UVA). Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Veiga de Almeida (UVA). Especialista em Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares pela Universidade Gama Filho. Especialista em Auditoria de Contas Médicas Hospitalares pela São Camilo. Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica pela Universidade do Rio de Janeiro (Uni Rio). Professora Titular e Coordenadora do Curso de

RESUMO: A ansiedade da criança hospitalizada, ocorre devido a inserção dela no ambiente desconhecido, submissão à procedimentos invasivos e dolorosos, interrupção de suas atividades diárias. Com isso, o presente estudo tem como objetivo discutir, à luz da revisão de literatura, a ansiedade vivenciada pela criança em condição cirúrgica, considerando os domínios da escala de Yale. Teve como método a revisão sistemática de literatura, utilizando as palavras-chave “Ansiedade em criança”; “Ansiedade criança escala de Yale”, nas bases de dados da LILACS, MEDLINE e BDNF, no período de 2010 a 2019. Foram selecionados inicialmente 2116 artigos e após aplicação dos critérios de inclusão, foram recuperados 19 artigos, que após a leitura detalhada permaneceram dentro dos critérios apenas 4 artigos. Os mesmos foram discutidos considerando as categorias temáticas o ambiente e a ansiedade da criança em condição cirúrgica, e a influência da família na ansiedade da criança em condição cirúrgica. Concluiu-se que os domínios da escala de Yale contemplados foram relacionados ao pré operatório, onde percebe-se a importância de adotar estratégias para reduzir a ansiedade na criança como atividades com brinquedos terapêuticos em ambiente lúdico; participação dos pais durante a internação; criação de um instrumento educacional para sala de espera; participação da enfermagem nas orientações adequadas e acolhimento durante todo processo de internação. No entanto, não foi possível verificar dois domínios da escala que foram “O Estado de despertar aparente” e “Vocalização”, por serem aplicados no pós operatório. Sendo assim, faz-se necessário mais estudos para outros momentos da assistência operatória da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade, Ansiedade em Criança, Escala de Yale, Pós operatório, Enfermagem.

THE INFLUENCE OF ANXIETY EXPERIENCED BY THE CHILD ON DOMAINS OF THE YALE SCALE

ABSTRACT: The anxiety of hospitalized children occurs due to their insertion into the unknown environment, submission to invasive and painful procedures, and interruption of their daily activities. Thus, this study aims to discuss, in light of the literature review, the anxiety experienced by children in surgical conditions, considering the domains of the Yale scale. The method used was a systematic literature review, using the keywords “Anxiety in children”; “Anxiety in children - Yale scale”, in the LILACS, MEDLINE and BDNF databases, from 2010 to 2019. Initially, 2116 articles were selected and, after

applying the inclusion criteria, 19 articles were retrieved, which, after detailed reading, remained within the criteria for only 4 articles. They were discussed considering the thematic categories the environment and anxiety of the child in a surgical condition, and the influence of the family on the anxiety of the child in a surgical condition. We concluded that the domains of the Yale scale included were related to the preoperative period, where it is clear the importance of adopting strategies to reduce anxiety in children as activities with therapeutic toys in a playful environment; parents' participation during hospitalization; creation of an educational instrument for the waiting room; nursing participation in the appropriate guidelines and welcome throughout the hospitalization process. However, it was not possible to verify two domains of the scale that were "The state of apparent awakening" and "Vocalization", because they were applied in the postoperative period. Therefore, more studies are needed for other moments of the child's operative care.

KEYWORDS: Anxiety, Anxiety in Children, Yale Scale, Postoperative, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A ansiedade faz parte das experiências humanas, sendo uma reação natural e normal do organismo. Funciona como sinal de alerta em relação a uma ameaça desconhecida, interna, vaga e conflituosa, em um processo cujo são desencadeadas respostas fisiológicas pelo sistema nervoso autônomo e endócrino. Ela é natural do ser humano, porém, quando em graus exacerbados quanto a intensidade, durabilidade, frequência e repercussão dos sintomas, pode ser patológica (BAUER, 2002; SILVA FILHO e SILVA, 2013; ALMEIDA, 2014).

Dentre os aspectos positivos da ansiedade pode-se ressaltar o fenômeno adaptativo, que potencializa as respostas emocionais e os recursos comportamentais do indivíduo frente a novas circunstâncias impostas pela vida. A duração e a intensidade desta, é proporcional à necessidade de enfrentamento das demandas do cotidiano. Quando a ansiedade passa para um grau mais intenso, com sintomas exacerbados, e influencia no desempenho das atividades diárias, deixa de ser apenas uma reação do corpo para o enfrentamento das situações emergidas e passa a ser um sinal de desequilíbrio (COSTA e CHAVES, 2014; ROCHA, 2005).

As manifestações emocionais e físicas da ansiedade se apresentam de diferentes formas nos indivíduos. O gênero, a maturidade ou experiências de vida, por exemplo, são fatores que influenciam a forma de gerenciar as respostas à ansiedade. Assis et al (2007, p.12) afirmam que a "ansiedade se caracteriza por um grande mal-estar físico e psíquico, aflição, agonia". Ao direcionar o tema para o público infantil, afirmam que esta pode se transformar em um transtorno por impedir que a criança exerça suas atividades diárias no ambiente familiar e escolar.

Refletir e discutir sobre a ansiedade da criança na hospitalização e no período pré-operatório, mesmo que a nível ambulatorial, significa proporcionar um olhar humanizado, que a concebe integralmente. A ansiedade da criança, na hospitalização, ocorre devido a inserção dela no ambiente desconhecido (espaço físico e relacional), submissão à procedimentos invasivos e dolorosos, interrupção de suas atividades diárias (recreativas, sociais e familiares). Se não houver colaboração e atenção por parte dos adultos, esses fatores podem levar ao desequilíbrio emocional e físico. Ao se sentirem ameaçadas, inseguras, estressadas, apavoradas, angustiadas, apreensivas, agitadas, temerosas e tristes, o processo de adaptação e desenvolvimento também é afetado (GOMES e NÓBREGA, 2015).

Sendo assim, ela é considerada um evento comum, um desfecho clínico, em crianças no período pré-operatório, que resulta em alterações do comportamento e podem influenciar negativamente a dinâmica pré, intra e pós-operatória. Tal processo se dá devido às alterações funcionais do sistema nervoso central, geração de comportamentos negativos, interferência nas funções fisiológicas e, conseqüentemente, resposta dos sistemas orgânicos aos fármacos (FRANZOI e MARTINS, 2016; LOUISE et al, 2016).

Para avaliar o nível de ansiedade em crianças de 2 a 12 anos, no período pré-anestésico imediato e no momento da indução anestésica, pode-se utilizar a Escala de Yale (Yale Preoperative Anxiety Scale Modified), instrumento desenvolvido por Kain e Col (1995), validado e traduzido no Brasil. Ela possui 22 categorias distribuídas em 5 domínios: atividades, estado de despertar aparente, vocalização, expressividade emocional e interação com a família. Apresenta alta sensibilidade (85%) e especificidade (92%) (MELLO et al, 2015; SAMPAIO, MARINS e ARAÚJO, 2017).

A escala Yale permite a avaliação da ansiedade no período operatório da criança a partir da observação de suas atitudes, sendo considerada um instrumento “padrão ouro” para tal avaliação (MELLO et al, 2015).

Conhecer acerca da aplicabilidade de ferramentas que avaliem a ansiedade infantil no período operatório é de fundamental importância para a assistência pediátrica. Isso porque este conhecimento favorece uma assistência mais direcionada, sendo efetiva neste momento de cuidar/cuidado tão complexo e conturbado para a criança e sua família.

Na assistência à criança, tanto no ambulatório como no hospital, é fundamental a atenção quanto aos dados subjetivos quanto objetivos expressos por ela. É preciso desenvolver uma habilidade peculiar, onde conhecimento, técnica e humanização, sejam o pilar para uma assistência singular. Assim, o cuidado será ofertado conforme a demanda da criança e não apenas de forma prescritiva e protocolar.

Neste contexto, este estudo teve por objetivo: discutir, à luz da revisão de

literatura, a ansiedade vivenciada pela criança em condição cirúrgica, considerando os domínios da escala de Yale.

2 | METODOLOGIA

Neste estudo, foi realizado uma revisão sistemática da literatura, com busca de dados nas bases: LILACS, MEDLINE e BDEFN. Considerou-se o período decorrente de 2010 a 2019, utilizado como palavras-chave: “Ansiedade em criança”; “Ansiedade criança escala de Yale”; e foram obtidos 2116 textos. Operou-se como critérios de inclusão: texto estar inteiramente disponível online, no idioma português, assunto ansiedade e procedimento cirúrgico operatório, obtendo-se assim, 19 artigos, no qual após a realização de uma leitura detalhada, foram-se utilizados apenas 4 textos que atenderam ao objetivo proposto por esse estudo. Para discuti-los, utilizou-se a análise de conteúdo temática.

AUTOR/ANO	BASE DE DADOS	OBJETIVO	ACHADOS IMPORTANTES
CUMINO, et al, 2013	LILACS	Verificar se a informação oferecida aos responsáveis interfere na ansiedade da criança.	Independentemente da qualidade de informação oferecida aos responsáveis, o nível e a prevalência de ansiedade das crianças foram baixos no momento SE e aumentaram significativamente no momento SO.
FRANZOI, 2016	LILACS	Avaliar o estado de ansiedade pré-operatória de crianças submetidas a cirurgias eletivas e descrever as percepções emocionais de seus acompanhantes relacionadas ao processo cirúrgico.	É necessário que a assistência de enfermagem pré-operatória esteja centrada na criança e na família e contemple intervenções que promovam cuidado atraumático para a criança e orientações relacionadas à anestesia e à cirurgia para os acompanhantes, especialmente se as famílias estiverem representadas pela figura materna e/ou paterna.
MOURA, MARTINS, 2016.	MEDLINE	Estimar a prevalência e os fatores associados à ansiedade pré-operatória em crianças que aguardam cirurgia ambulatorial.	A avaliação de crianças que aguardam cirurgias ambulatoriais deve ser multidimensional e conter informações sobre a idade e o nível socioeconômico, com vistas a auxiliar a identificação e o tratamento precoce da ansiedade pré-operatória.

SAMPAIO, et al, 2019	LILACS, BDEF	Determinar o grau de ansiedade de crianças hospitalizadas de acordo com a aplicação da Escala de Ansiedade Pré-operatória de Yale modificada (EAPY-m).	O nível de ansiedade alto foi apresentado na minoria das crianças, os domínios da Escala de Yale-m que atingiram escores mais elevados foram, vocalização e interação com familiares.
----------------------	--------------	--	---

Quadro 1 – Apresentação dos Artigos Selecionados para Discussão

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após aplicação dos filtros de busca, foram selecionados 4 estudos para a análise. Quanto ao ano de publicação 1 estudo foi publicado em 2013, 2 em 2016 e 1 em 2017; e 3 deles foram encontrados em periódicos de enfermagem. Quanto à abordagem metodológica adotada 3 foram pesquisas quantitativas e 1 quanti-qualitativa.

Os quatro estudos analisados tinham como foco principal a avaliação da ansiedade de crianças em relação ao procedimento cirúrgico, com base nos domínios da escala de Yale. A idade das crianças avaliadas nos estudos foi variável, com um intervalo compreendido entre 2 e 12 anos. Todas as pesquisas avaliaram a ansiedade no período pré-operatório, sendo que 1 deles fez a avaliação em dois momentos distintos, um em sala de espera e o outro ainda antes da cirurgia, porém já em sala de operação.

A análise dos quatro artigos permitiu a construção das seguintes categorias temáticas, que serão apresentadas e discutidas a seguir: *o ambiente e a ansiedade da criança em condição cirúrgica*, e *a influência da família na ansiedade da criança em condição cirúrgica*.

O ambiente e a ansiedade da criança em condição cirúrgica

O ambiente em que a criança permanece antes do procedimento cirúrgico, quando estruturado com atividades lúdicas, informações diretas e livre de episódios que geram tensão, é capaz de reduzir sobremaneira a ansiedade infantil.

As pesquisas onde a maior parte das crianças avaliadas não apresentou escore indicativo de ansiedade associaram tal dado a um cenário pré-operatório composto por técnicas lúdicas, brinquedoterapia e uso de televisão (CUMINO, et al, 2013; SAMPAIO, MARINS e ARAÚJO, 2017).

Em contrapartida, estudo que apontou uma taxa maior de crianças ansiosas foi construído em um cenário que pode ser considerado estressor, onde o pequeno paciente antes do procedimento cirúrgico tem contato com outras crianças em recuperação pós-anestésica, muitas vezes angustiadas e com dor. Tal estudo aponta esta informação como uma das possíveis causas pelo aumento da ansiedade na

população pesquisada (MOURA, DIAS e PEREIRA, 2016).

Paladino, Carvalho e Almeida (2014) demonstram que o emprego do brinquedo terapêutico no preparo da cirurgia além de reduzir a ansiedade, é capaz de fazer com que a criança se sinta segura e capaz de confiar no adulto que irá cuidar dela. O uso de tal prática neste momento mostra-se significativamente relevante, visto que comportamentos que evidenciam medo e estresse, como choro, grito e agitação, são reduzidos após sua utilização.

Um ambiente tranquilo deve sempre ser fornecido à criança no período operatório, com vistas a reduzir sua ansiedade, contribuindo para o sucesso do procedimento a que será submetida. Isso porque o nível de ansiedade alto pode comprometer a cirurgia, uma vez que gera sentimentos angustiantes e negativos, com forte impacto físico (COSTA e SAMPAIO, 2015).

Um ambiente de diálogo efetivo, com informações precisas acerca do procedimento cirúrgico também foi apontado como um importante influenciador da ansiedade da criança e sua família.

Uma das pesquisas, que avaliou o impacto de um instrumento educacional na sala de espera, inferiu que tal estratégia interfere positivamente na redução da ansiedade da criança. Os autores apontam que esta metodologia melhora sobremaneira a ansiedade, com base no aumento do conhecimento sobre as mais variadas questões relacionadas ao procedimento cirúrgico (CUMINO, et al, 2013).

Outro estudo demonstrou haver uma percepção de “calma” entre os acompanhantes que recebem orientações relacionadas ao procedimento cirúrgico, apontando que as informações fornecidas são primordiais para a redução da ansiedade.

Neste contexto, as pesquisas apontaram a enfermagem como grande percussora de uma escuta sensível, capaz de trazer segurança e bem estar à clientela atendida, causando estabilização da ansiedade (FRANZOI e MARTINS, 2016; SAMPAIO, MARINS e ARAÚJO, 2017).

Os achados encontrados apontam que é primordial na assistência prestada à criança em atendimento cirúrgico, o estabelecimento de um processo comunicativo preciso, que alcance a redução do nível de ansiedade do paciente. Nesta conjuntura, encontra-se o enfermeiro, como um importante elo entre cliente e equipe, sendo capaz de identificar os questionamentos, e os sanando de forma efetiva.

Dessa forma, é preciso se pensar em estratégias para o fornecimento das orientações de enfermagem no período pré-operatório, visto que elas têm importância fundamental, tanto para o paciente cirúrgico como para toda a equipe que participa desse momento, favorecendo o bem-estar e a redução da ansiedade e dos riscos cirúrgicos (COSTA e SAMPAIO, 2015).

Vale ainda mencionar, que um ambiente que pode ser apontado como

extremamente estressor é a sala de operação. O único estudo analisado que avaliou as crianças em dois momentos mostrou que ao entrar na sala de cirurgia a ansiedade teve um aumento estatístico altamente significativo (CUMINO, et al, 2013). Sendo assim, é primordial que esta criança seja preparada para este cenário de forma mais minuciosa possível, seja por técnicas lúdicas ou pelo fornecimento de informações e orientações precisas.

A influência da família na ansiedade da criança em condição cirúrgica

Entre os artigos avaliados foi verificado o predomínio da mãe como acompanhante das crianças observadas. Para os autores este é um dado importante, pois a presença de um responsável com vínculo parenteral pode ser um fator adicional à diminuição da ansiedade da criança (CUMINO, et al, 2013).

Em um dos estudos, o domínio da escala de Yale denominado “interação com familiares”, apareceu como um dos domínios com mais categorias identificadas. Isso porque a relação com a família contribui para a manutenção do equilíbrio emocional das crianças, principalmente em momentos de elevado estresse, como o período operatório (SAMPAIO, MARINS e ARAÚJO, 2017).

Outra pesquisa demonstrou que pais e mães percebem mais a tensão do período operatório que acompanhantes sem vínculo parenteral. Por esta razão é fundamental que o cuidado seja centrado na criança e na família, considerando a dimensão emocional no planejamento da assistência de enfermagem (FRANZOI e MARTINS, 2016).

Os estudos mencionaram que a ansiedade do acompanhante, principalmente em se tratando da mãe, pode estar relacionada ao nível de ansiedade vivenciada pela criança. Uma das pesquisas relacionou um número significativo de acompanhantes tensos, em sua maioria mães, a crianças com escore de ansiedade positivo (FRANZOI e MARTINS, 2016).

As mães são tidas como o tipo de acompanhante mais ansioso e que influenciam na ansiedade dos seus filhos, o que pode agravar o estado de ansiedade da criança no período operatório (CUMINO, et al, 2013; FRANZOI e MARTINS, 2016).

No Brasil, a presença do familiar junto à criança no ambiente hospitalar é garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990).

Isso é de suma importância, visto que a presença dos pais traz segurança à criança, diminuindo os sentimentos de medo e ansiedade provocados pelo ambiente hospitalar. Tal presença ameniza o sofrimento da criança, fazendo com que ela mantenha as referências afetivas, o que é essencial, já que se trata de um ser em pleno crescimento e desenvolvimento, cujas condições de saúde física, mental e social estão diretamente relacionadas às características da família e da comunidade em que vive (SOUZA e MELO, 2013).

Neste contexto, a comunicação estabelecida entre a tríade profissional-paciente-acompanhante no contexto de cuidar pediátrico é fundamental para uma assistência efetiva. Conforme apontado, um diálogo favorável com a família pode reduzir a tensão e o medo existentes, o que impactará de forma satisfatória na ansiedade da criança em condição cirúrgica.

Um estilo de cuidado, centrado nas necessidades do paciente e sua família favorece, além da redução da ansiedade, uma capacitação da criança e de seu ente querido para lidar com as questões relacionadas ao adoecimento (CRISTO e ARAUJO, 2015).

A ansiedade da mãe influenciando no nível de ansiedade de seu filho é um dado alarmante, que precisa ser pensado e discutido no cotidiano de cuidar pediátrico. Tendo em vistas que o gênero mais afetado pela ansiedade no cenário hospitalar é o feminino, deve-se encorajar junto à equipe de saúde um olhar sensível, com o intuito de amenizar os possíveis danos desta condição. Nesta conjuntura, o enfermeiro deve promover ações de abordagem a essas mães visando à redução da ansiedade tanto da genitora quanto de toda a família envolvida (LEITE, et al, 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo foi possível perceber fatores associados à ansiedade vivenciada pela criança em condição cirúrgica com base nos domínios da escala de Yale, atingindo o objetivo proposto.

A escala de Yale modificada representa um importante e válido instrumento de avaliação da ansiedade da criança no período operatório. Esta constatação adveio da revisão de literatura realizada, que mostrou o sucesso de sua aplicabilidade junto a crianças entre 2 e 12 anos de idade.

Algumas estratégias devem ser elaboradas para reduzir a ansiedade como: atividades com brinquedos terapêuticos; participação dos pais durante a internação; criar um instrumento educacional na sala de espera; participação da enfermagem nas orientações adequadas e acolhimento durante todo processo de internação.

As mães têm uma participação fundamental no controle da ansiedade da criança, desta forma a orientação familiar é importante para que os pais possam passar segurança para reduzir a ansiedade de seus filhos.

Um ambiente lúdico e terapêutico, as orientações precisas e a presença do familiar foram os principais pontos discutidos, que remetem aos influenciadores da ansiedade infantil em se tratando do momento operatório.

A ansiedade infantil aqui discutida pode ser mais amplamente associada ao

período pré-operatório, por ter sido o momento escolhido pelos autores dos estudos analisados para a coleta de dados. Desta forma, no levantamento bibliográfico realizado para esta revisão de literatura, dois domínios da Escala de Yale não se apresentaram nos artigos levantados, a saber: O Estado de despertar aparente e Vocalização. Tal fato se deve porque os artigos refletiram em suma os momentos pré operatórios, e esses dois domínios estão intimamente ligados ao momento pós operatório.

Dessa forma, fica evidente a necessidade de uma abordagem futura com foco em outros momentos operatórios. Que outras pesquisas sejam realizadas sobre a temática, aprimorando o conhecimento acerca de todos os domínios contemplados pela escala de Yale, a fim de aprimorar a cada dia a capacidade de cuidar da criança em condição cirúrgica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. S. P. **A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior**: estudo de prevalência e correlação. Tese – Doutorado em Ciências da Vida – Saúde Mental /1ª Edição. Novembro, 2014.

BAUER, S. **Da ansiedade à depressão: da psicofarmacologia à psicoterapia ericksoniana**. São Paulo. Livro Pleno. 2004.

BRASIL. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

COSTA, I.; CHAVES, M. D. **Percepção da ansiedade em pacientes oncológicos sob o tratamento quimioterápico**. Revista de Enfermagem UFPE, Recife, v. 8, n. 3, p. 649-53, mar., 2014.

COSTA, T.M.N.; SAMPAIO, C.E.P. **As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 260-5, mar/abr. 2015.

CRISTO, L.M.O.; ARAUJO, T.C.C.F.de. **Comunicação criança-acompanhante- -pediatra: estudo observacional em diferentes níveis de assistência**. Revista Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 89-103, set/dez. 2015.

CUMINO, D.O.; CAGNO, G.; GONÇALVES, V.F.Z.; WAJMAN, D.S.; MATHIAS, L.A.S.T. **Impacto do tipo de informação pré-anestésica sobre a ansiedade dos pais e das crianças**. Rev Bras Anestesiol, v. 63, n. 6, p. 473-82. 2013.

FRANZOI, M. A. H. **Ansiedade de crianças em situação cirúrgica e percepções emocionais reportadas por seus acompanhantes no pré-operatório: um estudo exploratório**. REME - Rev Min. Enferm. 2016;20:e984.

GOMES, G. L. L.; NÓBREGA M. M. L. **Ansiedade da hospitalização em crianças: proposta de um diagnóstico de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 23, n. 5, p. 963-70, set/out. 2015.

GUARATINI, A. A.; MARCOLINO, J. A. M.; TEIXEIRA, A. B.; BERNARDIS, R. C.; PASSARELLI, M. L. B.; MATHIAS, L. A. S. **Estudo Transversal de Ansiedade Pré-Operatória em Crianças: Utilização**

da Escala de Yale Modificada. Rev Bras Anestesiologia, v. 56, n. 6, p. 591-601. 2006.

KAIN, Z.N.; MAYES, L. C.; CICCHETTI, D.V. et al — **Measurement tool for preoperative anxiety in young children: The Yale Preoperative Anxiety Scale.** Child Neuropsychol, 1995;1:203-210.

LEITE, A.O.; MEDEIROS, C.C.M.; MEDEIROS, D.D.M.; BATISTA, D.A. **Ansiedade do acompanhante diante da assistência de enfermagem na ala de pediatria.** Temas em saúde, João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 147-66. 2017.

MELLO, R. G.; GONÇALVES, V. B.; NOVO, N. F.; MORO, E. T. **Relação entre a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar e a ansiedade de seus respectivos acompanhantes: estudo transversal com o emprego da escala de Yale modificada.** Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 131-134. 2015.

MOURA, L. M.; DIAS, I. M. G.; PEREIRA, L. V. **Prevalência e fatores associados à ansiedade pré-operatória em crianças de 5 a 12 anos.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2708.

PALADINO, C.M.; CARVALHO, R. de; ALMEIDA, F.A. **Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório.** Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 423-9. 2014.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Senac Nacional. 2005.

SAMPAIO, C. E. P.; MARINS, T. G.; ARAUJO, T. V. F. L. **Nível de ansiedade de crianças no pré-operatório: avaliação segundo a Escala de Yale modificada.** Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2017; 25:e28069.

SILVA FILHO, O. C.; SILVA, M. P. **Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria.** Adolescência & Saúde. Rio de Janeiro, v.10, supl. 3, p. 31-41, outubro. 2013.

SOUZA, M.A.S.; MELO, L.L. **Sendo-mãe de criança hospitalizada com doença crônica.** REME - Rev Min Enferm, v. 17, n. 2, p. 362-367, abr/jun. 2013.

ASSOCIAÇÃO DA CONDIÇÃO SOCIAL E CLÍNICA À DEPENDÊNCIA FÍSICA INFANTOJUVENIL NAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS

Data de aceite: 27/11/2019

Gisele Weissheimer

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Verônica de Azevedo Mazza

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Fernanda Cassanho Teodoro

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Vanessa Ferreira de Lima

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Sara Rocha de Souza

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

RESUMO: Objetivo: Investigar a associação da condição social e clínica à dependência física nas atividades de vida diária de crianças e adolescentes com doenças neurológicas.

Método: Estudo transversal com amostra não probabilística de 141 familiares de crianças e adolescentes com enfermidades neurológicas. A coleta de dados foi realizada em um centro de neurologia infantil, em 2016, com aplicação de um instrumento estruturado. Na análise estatística, utilizou-se o Teste de Mann Whitney

e Qui-Quadrado. **Resultados:** A dependência física infantil nas atividades de vida diária foi associada com maior frequência às comorbidades ($p=0,000$); utilização de órtese/prótese ($p=0,004$); ao ensino especial ($p=0,000$), e ao benefício social governamental ($p=0,000$). **Conclusão:** O conhecimento dos fatores associados ao desempenho físico nas atividades de vida diária pode orientar a formulação de políticas sociais, educacionais e no planejamento de cuidados à saúde infantil, integrando-se nestes as famílias desta população.

PALAVRAS-CHAVE: Criança. Adolescente. Neurologia. Limitação da mobilidade. Atividades Cotidianas.

ASSOCIATION OF SOCIAL AND CLINICAL CONDITION WITH CHILD PHYSICAL DEPENDENCE IN NEUROLOGICAL DISEASES

ABSTRACT: Objective: To investigate the association of social and clinical condition with physical dependence in daily living activities of children and adolescents with neurological diseases. **Method:** Cross-sectional study with a non-probabilistic sample of 141 family members of children and adolescents with neurological

disorders. Data collection was performed at a child neurology center in 2016, with the application of a structured instrument. Statistical analysis was performed using the Mann Whitney and Chi-square test. **Results:** Child physical dependence in activities of daily living was more frequently associated with comorbidities ($p = 0.000$); use of orthosis / prosthesis ($p =$ or <0.004); special education ($p = 0.000$), and government social benefit ($p = 0.000$). **Conclusion:** Knowledge of the factors associated with physical performance in activities of daily living can guide the formulation of social, educational and child health care planning, integrating the families of this population. **KEYWORDS:** Child. Teen Neurology. Limitation of mobility. Daily activities

1 | INTRODUÇÃO

As deficiências relacionadas ao neurodesenvolvimento infantojuvenil têm sido prevalentes nas últimas décadas, como demonstra um estudo norte-americano que nos anos 90, o percentual destas deficiências foi de 12,84% ($n=2.213$), enquanto que, em 2008, contabilizou-se 15,07% ($n=2.399$). Neste estudo, houve maior frequência do transtorno de atenção e hiperatividade, autismo e distúrbios de aprendizagem (BOYLE *et al*, 2011).

No Brasil, são poucos os dados que retratam o perfil epidemiológico das doenças neurológicas infantis. Contudo, entre 2002 e 2011, dos 180.298 nascidos vivos em São Luis, (Maranhão), 875 (0,49%) foram diagnosticados com alguma malformação congênita. Destas, 420 (48%) tratavam-se de desordens no aparelho osteomuscular, 142 (16,2%) no sistema nervoso central, 56 (6,4%) outras malformações congênitas, e 257 (29,4%) outras anomalias (RODRIGUES *et al*, 2014).

Os agravos neurológicos geram restrições funcionais a pessoa, acarretando dificuldades para o desenvolvimento das atividades de vida diária (SCHIARITI *et al*, 2014). A deficiência é conceituada como uma restrição física, intelectual ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária e/ou atividades remuneradas, dificultando sua inclusão social (BRASIL, 2004).

No Brasil, de 200,6 milhões pessoas, 6,2% ($n=1.243,72$) apresentaram algum tipo de deficiência (intelectual, física, auditiva ou visual), sendo que 1,3% (161.681 mil) tratou-se da deficiência física. Destas 0,3% ocorreram desde o nascimento e 1% foi adquirida (IBGE, 2015).

Considerando-se que a deficiência física trata-se de uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, as quais acarretam comprometimento da função física (BRASIL, 2005), e que estas determinam a capacidade individual de realizar atividades cotidianas e a necessidade de uma pessoa (familiar) para assisti-los no cuidado requisitado (ESPANHA, 2005), neste

estudo considerou-se a dependência física infantojuvenil nas atividades de vida diária por se tratar de um cuidado efetuado, principalmente, por familiares.

A despeito da vigência de Políticas com foco na população com deficiência, quer de público infantil, juvenil, adulto ou de idosos com diversos agravos, ainda são limitados, no Brasil, os estudos acerca da condição social e clínica de indivíduos que apresentam dependência física, para a realização das atividades de vida diária na população infantil e juvenil, em especial àquelas com doenças neurológicas.

Tendo em vista que este público requer investimentos políticos, assistenciais e sociais, acredita-se que a investigação da associação da condição social e clínica à dependência física nas atividades de vida possam contribuir no estabelecimento do perfil deste público e assim, embasar os gestores na tomada de decisões.

Além disso, há potencial para fornecer evidências que possam subsidiar os processos de tomada de decisão de profissionais da área da saúde ao avaliar as condições sociais, clínicas e a função física nas atividades de vida diária. De modo que se possa estabelecer um planejamento de intervenções às famílias deste público, considerando que esta exerce a função de cuidado destes indivíduos, o qual envolve os aspectos mencionados anteriormente.

Este estudo suscitou o seguinte questionamento: a condição social e clínica estão associadas com a dependência física de crianças e adolescentes com agravos neurológicos? Assim, determinou-se como objetivo, investigar a associação da condição social e clínica à dependência física nas atividades de vida diária de crianças e adolescentes com doenças neurológicas.

2 | MÉTODO

Tratou-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. O local de estudo foi um centro de especialidade neurológica infantil, de um hospital público, de ensino, localizado na região sul do Brasil, que é referência em atendimentos neurológicos infantis.

Os participantes foram familiares de crianças e adolescentes com agravos neurológicos. Os critérios de exclusão foram:

1. Familiares de crianças e adolescentes com idade abaixo de dois anos e acima de 19 anos. A idade mínima foi considerada devido ao início dos sintomas dos agravos neurológicos, os quais afetam o desenvolvimento infantil físico. E a idade máxima, pela definição de adolescente da Organização Mundial da Saúde.
2. Excluíram-se os familiares de crianças e adolescentes com diagnóstico ou em atendimento nos serviços de saúde, em tempo inferior a seis meses, com o intento de incluir uma população com perfil de cronicidade. Considerou-se além do tempo de atendimento especializado em neurologia, o de serviços

não especializados.

A amostra foi obtida por método não probabilístico e estratificado, definida a partir do número de atendimentos mensais no ano de 2014 (ano que antecedeu o planejamento deste estudo). Consideraram-se os meses que apresentaram o maior número de consultas e elegeu-se este número máximo como amostra, assim, incluíram-se 67 familiares de crianças e adolescentes com paralisia cerebral (PC), 39 de epilepsia e 35 de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

A coleta dos dados ocorreu entre maio e setembro de 2016, em duas fases. 1ª: foram consultados os prontuários das crianças e adolescentes, com consulta agendada nas subespecialidades de interesse, e verificada a idade. Aqueles que se enquadravam neste critério, os seus familiares foram eleitos como potenciais participantes. 2ª: os familiares que os acompanhavam foram abordados e convidados para participação desta pesquisa, averiguando-se os demais critérios de elegibilidade. As entrevistas foram presenciais, utilizou-se um questionário estruturado elaborado pelas pesquisadoras, o qual foi submetido a teste piloto e realizado adequações antes do início da coleta de dados.

As variáveis desta pesquisa foram: 1) Caracterização dos participantes: membros familiares que responderam a pesquisa; idade e sexo; 2) Caracterização das crianças e adolescentes: idade e sexo; 3) Dependência física nas atividades de vida diária (AVD): foi investigada na perspectiva de que se trata de indivíduos com necessidade de ajuda nas AVD que excedem àquelas demandadas por crianças e adolescentes com desenvolvimento físico normal para a idade. Neste estudo manteve-se o foco, exclusivamente, na dependência física para higiene, alimentação, eliminações, vestimenta, mobilidade e locomoção; 4) Condição social: tempo que as crianças e adolescentes recebiam atendimento à saúde na especialidade de neurologia; condição laboral das mães (empregadas x desempregadas); acesso ao Benefício da Prestação Continuada da Assistência (BPC); Renda familiar per capita; acesso a educação infantil e tipo de ensino; 5) Condições clínicas: comorbidades; uso de medicamentos e de prótese/órtese.

Para análise estatística dos dados utilizou-se o Software Statistica versão 7.0. Empregou-se o Teste de Mann Whitney para verificar a associação entre duas variáveis, sendo uma dicotômica e outra contínua. O Teste de Qui-Quadrado foi utilizado para análise da correlação entre as variáveis dicotômicas e categóricas. As associações das variáveis com $p \leq 0,05$ foram consideradas estatisticamente significativas.

Esta pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética sob Parecer nº 1.175.555 em 28 de Outubro de 2015, e da instituição coparticipante sob Parecer nº 1.238.692 em 3 de Dezembro de 2015.

3 | RESULTADOS

Obteve-se a participação de 141 familiares de crianças e adolescentes com doenças neurológicas. Entre estes, 67 se tratavam de familiares de indivíduos com PC, 39 de epilepsia, e 35 de TEA. Os familiares respondentes foram: 83% (n=117) mães, 13% (n=19) pai e 4% (n=5) outros membros. A idade média destes foi de 37,8 anos, destes, 17,73% (n=25) tinham idade entre 21 a 30 anos; 48,94% (n=69) de 31 a 40 anos; e, 33,33% (n=47) de 41 a 60 anos. Acerca do sexo, 85,82% (n=121) tratou do feminino e 14,18% (n=20) masculino.

A idade mínima e máxima, do público infantojuvenil, foi de dois e dezessete anos, a média de 9,5 anos, com desvio padrão de 3,8 anos. Destes, 60% (n=84) tinham de dois a 10 anos e 40% (n=57) de 11 a 17 anos. O tempo mínimo e máximo, que os familiares perceberam os sinais do agravo neurológico, foi de seis meses a 17 anos, tempo médio de 7,3 anos, com desvio padrão de 4,4 anos. Com relação ao sexo da criança/adolescente, 67% (n= 94) trataram-se do masculino e os demais (33%/n=62) do feminino.

Sobre a dependência física, 65,96% (n=93) das crianças e adolescentes eram dependentes em mais de uma AVD. Em relação às subespecialidades, 85,07% (n=57) daqueles com PC, dos quais, sete indivíduos eram dependentes em uma AVD, 11 de duas a três AVD, e 39 de quatro a seis AVD; 35,90% (n=14) dos indivíduos com epilepsia (dois eram dependentes em uma AVD, três indivíduos de duas a três AVD e nove de quatro a seis AVD); e, 62,86% (n=22) daqueles com TEA (quatro crianças/adolescentes eram dependentes em uma AVD, 14 de duas a três AVD e quatro indivíduos de quatro a seis AVD).

Verificou-se com relação ao tempo que os indivíduos recebiam atendimento no centro de especialidade em estudo, o mínimo foram quatro meses e máximo de 16 anos. Sendo que, 6,4% (n=9) eram atendidos em período menor que um ano; 15,6% (n=22) de um a dois anos; 24,1% (n=34) de três a quatro anos; 29,1% (n=41) de cinco a nove anos; 24,1% (n=34) igual ou superior a 10 anos; e, 0,7% (n=1) não soube especificar o tempo.

Na Tabela 1, verifica-se que maior tempo de atendimento em neurologia infantil foi associado àqueles indivíduos com dependência física em todas as AVD, com diferença estatística significativa aos independentes.

	Tempo (anos) de atendimento em neurologia infantil			
	Média	n	DP	p **
Alimentação				
Independente	5,38	88	4,03	0,036
Dependente	6,87	53	4,25	
Higiene				

Independente	5,12	65	3,99	0,022
Dependente	6,64	76	4,20	
Vestimenta				
Independente	4,96	62	3,77	0,017
Dependente	6,72	79	4,31	
Eliminações				
Independente	5,30	85	3,89	0,032
Dependente	6,92	56	4,40	
Mobilidade				
Independente	5,14	84	3,76	0,008
Dependente	7,13	57	4,46	
Locomoção				
Independente	5,18	82	3,87	0,011
Dependente	7,00	59	4,34	

Tabela 1: Associação do tempo de atendimento em serviço de neurologia infantojuvenil com a dependência/independência física nas AVD*. Curitiba/PR, Brasil, 2016. (n=141)

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

*Atividades de Vida Diária, **Teste de Mann Whitney.

Sobre as características clínicas, 56% (n=79) das crianças e adolescentes apresentaram uma ou mais comorbidade; 44% (n=62) recebiam medicação do sistema público de saúde; e, 12,10% (n=17) utilizavam órtese e/ou prótese. Conforme se constata na Tabela 2, maior número de indivíduos com dependência física apresentou comorbidades que interferiram de forma significativa na realização de todas as AVD.

O público infantojuvenil que fazia uso de medicações era com maior frequência dependente para higiene, vestimenta, mobilidade e locomoção. Já os indivíduos independentes para alimentação e eliminações faziam uso de fármacos de forma mais freqüente do que os dependentes. As variáveis mostraram que os indivíduos dependentes para higiene e mobilidade foram associados ao uso de medicação, com diferença estatística significativa com os independentes (Tabela 2).

O uso de órtese e/ou prótese foi mais frequente entre os dependentes em todas as AVD, o qual foi associado de forma estatística significativa à dependência física para efetuar as atividades de alimentação, higiene, eliminações, mobilidade e locomoção (Tabela 2).

Acerca da condição laboral dos familiares em 51% (n=73) algum membro necessitou alterá-la para cuidar da criança/adolescente, destas, 90% (n=66) foram as mães, 3% (n=2) o pai, 4% (n=3) o pai e a mãe, e 3% (n=2) outros familiares. Na data da entrevista, 68% (n=96) das mães estavam desempregadas. O desemprego materno foi associado à maior frequência de dependência física nas AVD de forma significativa, quando comparado com as mães empregadas (Tabela 3).

Acerca do suporte social, 49,60% das crianças e adolescentes (n=70) recebiam

o BPC. O acesso ao benefício governamental foi associado com indivíduos dependentes físicos nas AVD, de forma significativa (Tabela 3).

Sobre a renda familiar *per capita* sem somar os valores referentes aos benefícios sociais constatou-se que 21% (n=29) recebiam nenhum salário mínimo (SM); 40% (n=58) acima de zero a ½ SM; 26% (n=36) acima de ½ a um SM; 11% (n=15) acima de um a dois SM; E, 2% (n=3) acima de dois a cinco SM.

No cálculo da renda *per capita* com o valor referente ao BPC verificou-se que 1% (n=2) não tinha SM; 43% (n=61), possuía até ½ SM; 37% (n=52), possuía acima de ½ a um SM; 17% (n=23) acima de um a dois SM; e, 2% (n=3) de dois a cinco SM.

Na Tabela 4, ao observar a renda *per capita* somada ao BPC, não se verificou diferença estatística significativa entre aqueles que eram dependentes ou independentes de forma física para efetuação das AVD. Apesar disso, a média de renda foi maior para as famílias de crianças/adolescentes independentes.

No cálculo da renda *per capita* sem somar o valor referente ao BPC, a média de renda foi menor para as famílias das crianças/adolescentes com dependência física, com diferença estatística significativa comparada às famílias dos indivíduos independentes.

Com relação à educação infantil, 92% (n=130) das crianças e adolescentes tinham acesso a esta, destas, 61,54% (n=80) cursava ensino regular, 36,92% (n=48) especial e 1,54% (n=2) misto. Os indivíduos com dependência física nas AVD foram associados ao curso do ensino especial com diferença significativa com relação aos demais cursos (Tabela 5).

Conforme os resultados, o maior tempo de atendimento em serviço especializado, as comorbidades, o uso de órtese e/ou prótese, o acesso aos benefícios sociais e, curso do ensino especial apresentaram associação estatística significativa à dependência física nas AVD de crianças e adolescentes com agravos neurológicos. Já o uso de fármacos não foi associado de forma significativa à dependência física de todas as AVD investigadas, foi associado à higiene e mobilidade.

	Comorbidade			Medicação			Órtese/prótese		
	Não n (%)	Sim n (%)	p**	Não n (%)	Sim n (%)	p**	Não n (%)	Sim n (%)	p**
Alimentação									
Independente	50 (56,81%)	38 (43,19%)	0,000	55 (62,50%)	33 (37,50%)	0,085	82 (93,18%)	6 (6,82%)	0,013
Dependente	12 (22,64%)	41 (77,36%)		24 (17,02%)	29 (20,57%)		42 (79,25%)	11 (20,57%)	
Higiene									
Independente	40 (61,54%)	25 (38,46%)	0,000	43 (66,15%)	22 (33,85%)	0,035	61 (93,85%)	4 (6,15%)	0,046
Dependente	22 (28,95%)	54 (71,05%)		36 (47,37%)	40 (52,36%)		63 (82,89%)	13 (17,11%)	
Vestimenta									
Independente	39 (62,90%)	23 (37,10%)	0,000	39 (62,90%)	23 (37,10%)	0,155	58 (93,55%)	4 (6,45%)	0,070

Dependente	23 (29,11%)	56 (70,89%)		40 (50,63%)	39 (49,37%)		66 (83,54%)	13 (16,46%)	
Eliminações									
Independente	50 (58,82%)	35 (41,18%)	0,000	53 (62,35%)	32 (37,65%)	0,107	79 (92,94%)	6 (7,06%)	0,025
Dependente	12 (21,43%)	44 (78,57%)		26 (46,43%)	30 (53,57%)		45 (80,36%)	11 (19,64%)	
Mobilidade									
Independente	51 (60,71%)	33 (39,29%)	0,000	54 (64,29%)	30 (21,28%)	0,032	81 (96,43%)	3 (3,57%)	0,000
Dependente	11 (19,30%)	46 (70,70%)		25 (17,73%)	32 (35,71%)		43 (75,44%)	14 (24,56%)	
Locomoção									
Independente	52 (63,41%)	30 (36,59%)	0,000	52 (63,41%)	30 (36,59%)	0,065	79 (96,34%)	3 (3,66%)	0,000
Dependente	10 (16,95%)	49 (83,05%)		27 (45,76%)	32 (54,24%)		45 (76,27%)	14 (23,73%)	

Tabela 2: Associação dos aspectos clínicos com a dependência/independência física nas AVD* de crianças e adolescentes com doença neurológica. Curitiba/PR, Brasil, 2016. (n=141)

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

*Atividades de Vida Diária, **Teste de Qui-quadrado.

	Condição laboral das mães		p***	Acesso ao BPC**				p***
	Desempregadas n (%)	Empregadas n (%)		Não n (%)	Sim n (%)			
Alimentação								
Independente	49 (55,68%)	39 (44,32%)	0,000	60 (68,18%)	28 (31,82%)		0,000	
Dependente	47 (88,68%)	6 (11,32%)		11 (20,57%)	42 (79,25%)			
Higiene								
Independente	33 (50,77%)	32 (49,23%)	0,000	48 (73,85%)	17 (26,15%)		0,000	
Dependente	63 (82,89%)	13 (17,11%)		23 (30,26%)	53 (69,74%)			
Vestimenta								
Independente	32 (51,61%)	30 (48,39%)	0,000	45 (72,58%)	17 (27,42%)		0,000	
Dependente	64 (81,01%)	15 (18,99%)		26 (32,91%)	53 (67,09%)			
Eliminações								
Independente	47 (55,29%)	38 (44,71%)	0,000	57 (67,06%)	28 (32,94%)		0,000	
Dependente	49 (87,50%)	7 (12,50%)		14 (25,00%)	42 (75,00%)			
Mobilidade								
Independente	46 (54,76%)	38 (45,24%)	0,000	59 (70,24%)	25 (29,76%)		0,000	
Dependente	50 (87,72%)	7 (12,28%)		12 (21,05%)	45 (78,95%)			
Locomoção								
Independente	47 (57,32%)	35 (42,68%)	0,001	56 (68,29%)	26 (31,71%)		0,000	
Dependente	49 (83,05%)	10 (16,95%)		15 (25,42%)	44 (74,58%)			

Tabela 3: Associação da condição social com a dependência/independência física nas AVD* de crianças e adolescentes com doença neurológica. Curitiba/PR, Brasil, 2016. (n=141)

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

*Atividades de Vida Diária, **Benefício da Prestação Continuada da Assistência, ***Teste de Qui-Quadrado.

	Renda per capita** com benefício***				Renda per capita sem benefício			
	Média	n	DP	p****	Média	N	DP	p****
Alimentação								
Independente	4,23	88	1,99	0,222	3,68	88	2,21	0,011
Dependente	3,77	53	1,32		2,68	53	1,34	
Higiene								
Independente	4,43	65	2,09	0,062	3,94	65	2,30	0,001
Dependente	3,74	76	1,40		2,76	76	1,49	

Vestimenta								
Independente	4,24	62	1,78	0,153	3,73	62	2,02	0,019
Dependente	3,91	79	1,78		2,97	79	1,91	
Eliminações								
Independente	4,16	85	1,70	0,172	3,59	85	2,00	0,018
Dependente	3,89	56	1,90		2,88	56	1,91	
Mobilidade								
Independente	4,30	84	2,02	0,100	3,76	84	2,21	0,002
Dependente	3,70	57	1,30		2,63	57	1,36	
Locomoção								
Independente	4,30	82	2,04	0,113	3,73	82	2,27	0,011
Dependente	3,71	59	1,27		2,71	59	1,31	

Tabela 4: Associação entre a renda per capita familiar com a dependência/independência física nas AVD* por crianças e adolescentes com doença neurológica. Curitiba/PR, Brasil, 2016. (n=141)

Fonte: dados da pesquisa.

*Atividade de Vida Diária, **Renda per capita calculada a partir de salário mínimo de R\$880,00, em 2016, *** Benefício Social da Prestação Continuada da Assistência, **** Teste de Mann Whitney.

	Especial n (%)	Regular n (%)	Misto n (%)	p**
Alimentação				
Independente	11 (12,79%)	73 (84,88%)	2 (2,33%)	0,000
Dependente	37 (84,09%)	7 (15,91%)	0 (0,00%)	
Higiene				
Independente	4 (6,35%)	57 (90,48%)	2 (3,17%)	0,000
Dependente	44 (65,67%)	23 (34,33%)	0 (0,00%)	
Vestimenta				
Independente	5 (8,93%)	55 (98,21%)	1 (1,79%)	0,000
Dependente	43 (62,32%)	25 (36,23%)	1 (1,45%)	
Eliminações				
Independente	10 (12,05%)	71 (85,54%)	2 (2,41%)	0,000
Dependente	38 (80,85%)	9 (19,15%)	0 (0,00%)	
Mobilidade				
Independente	11 (13,41%)	69 (84,15%)	2 (2,44%)	0,000
Dependente	37 (77,08%)	11 (22,92%)	0 (0,00%)	
Locomoção				
Independente	10 (12,50%)	68 (85,00%)	2 (2,50%)	0,000
Dependente	38 (76,00%)	12 (24,00%)	0 (0,00%)	

Tabela 5. Correlação do tipo de ensino com a dependência/independência física nas AVD* por crianças e adolescentes com doença neurológica. Curitiba/PR, Brasil, 2016. (n=130)

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

*Atividades de Vida Diária, **Teste de Qui-Quadrado.

4 | DISCUSSÃO

A doença neurológica na infância gera diferentes necessidades, as quais requerem serviços sociais e de saúde especializados. O tratamento exige algumas

ações por parte dos seus familiares como a administração de medicamentos no domicílio (ALVES, *et al*, 2017), acompanhamento em consultas especializadas (FILHO, 2016), atividades para promoção do desenvolvimento neuromuscular, e maneiras de lidar com a dependência nas AVD (ALVES, *et al*, 2017).

Neste estudo, as comorbidades foram associadas à dependência física nas AVD. De acordo com a literatura, a epilepsia está associada ao atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldades de aprendizagem, deficiência mental e distúrbio do sono (CHIANE, CHENG, 2014).

APC está associada a alterações da audição, de fala, cognição e comportamento (MINOCHA; SITARAMAN; SACHDEVA, 2017). O autismo comumente está associado à epilepsia, ao distúrbio do sono, transtorno de atenção e hiperatividade, ansiedade, estereotipia, comportamento infrator e deficiência intelectual (BIANCHINI; SOUZA, 2014). Estes distúrbios podem interferir na capacidade motora (GABIS *et al*, 2014).

A condição clínica infantil e juvenil faz com que muitos necessitem de tratamento medicamentoso (LANGUNJU; BELLA-AWUSAH; OWGBODUN, 2014). No presente estudo, este (o que o uso de medicamentos) foi correlacionado a dependência física nas AVD de higiene e mobilidade. Porém, verificou-se que crianças e adolescentes independentes para alimentação e mobilidade faziam uso de medicamentos de forma mais frequente que os dependentes.

No Brasil, o atendimento à saúde é assegurado pela Constituição Federal, a qual incluiu a assistência farmacêutica e o acesso a próteses e/ou órteses. Nesta pesquisa este último foi associado à dependência física na maior parte das AVD estudadas. Porém, nem todos os dependentes físicos em uma ou mais AVD (65,96%) faziam uso de órtese/prótese (12,10%).

A condição clínica infantil pode limitá-los nas AVD no domicílio e na vida social, assim, estende-se a vida escolar. Estudos mostram que devido às limitações relacionadas à doença, muitas famílias buscam escolas com ensino especial, que melhor atendam às necessidades de seus filhos (FREITAS *et al*, 2015).

A dependência motora é identificada como um fator determinante na participação em atividades, devido à necessidade de habilidade para uso de lápis, apontadores, tesouras, e nas práticas recreativas, exige-se capacidade para realização de movimentos corporais. Do mesmo modo, problemas de interação social infantil têm se mostrado como um aspecto determinante da participação, e para o desempenho das atividades educacionais (LEUNG, *et al*, 2011). Neste estudo as crianças e adolescentes com dependência física nas AVD foram associadas ao curso do ensino especial, de forma consonante com a literatura citada anteriormente.

Porém, observou-se que mais de 50% das crianças e adolescentes com agravos neurológicos estavam no ensino regular, o que pode ser explicado por possível reflexo da política pública brasileira de inclusão social (BRASIL, 2011).

Pois, verificou-se a partir de dados nacionais a redução de matrículas nas classes especiais, e aumento nas regulares, entre os anos de 2008 e 2014 (BRASIL, 2015).

A exigência de cuidados por parte dos familiares faz com que membros abstenham-se do trabalho para cuidá-los. Neste estudo houve maior frequência de mães desempregadas nas situações de crianças e adolescentes com dependência física nas AVD. Demonstra-se mediante outro estudo, com 324.323 famílias de crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde, incluindo-se agravos neurológicos, que em mais de 50% das famílias, um membro parou de trabalhar. E ainda, outros reduziram o número de horas diárias do trabalho devido ao estado de saúde/doença infanto-juvenil (KUO, *et al*, 2011).

Esta circunstância aliada ao custo do tratamento infantil ocasiona redução nas finanças da família (KUO, *et al*, 2011). De modo, que as famílias comprometem sua renda com custos terapêuticos como na compra de medicamentos, aparelhos de reabilitação, de transporte, além de adaptações na estrutura física domiciliar (ALMEIDA, *et al*, 2015).

Fato que exige estratégias políticas no âmbito social e assistencial, com o objetivo de auxiliar as famílias com indivíduos com agravo neurológico crônico. Às pessoas com deficiência que não têm condições de desenvolver uma atividade laborativa e que comprove não ter meios para se sustentar ou ser sustentada pela sua família é ofertado por meio da Política de Assistência Social, o BPC que se refere à transferência mensal de um salário mínimo. Para obtenção deste, considera-se a família com renda mensal *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo (BRASIL, 2005).

Neste sentido, verificou-se que o BPC apresentou diferença significativa na renda *per capita* das famílias de crianças/adolescentes dependentes nas AVD comparada com as famílias em que o público infantojuvenil era independente nas AVD.

Uma das diretrizes da Política Viver Sem Limite é a ampliação do acesso às políticas de assistência social e combate a pobreza extrema⁽¹⁷⁾. Neste estudo verificou-se que as famílias em situação financeira deficitária recebiam apoio social por meio do BPC. Este apoio não contemplava 100% das famílias, porém, isto pode ocorrer devido aos requisitos para acesso ao benefício ou até mesmo por outros motivos, como a dificuldade de acesso. No entanto, pode-se reiterar com os resultados deste estudo a importância do suporte governamental para a renda destas famílias.

5 | CONCLUSÃO

As comorbidades infantis influenciam a realização das AVD de crianças e adolescentes com agravos neurológicos. A dependência física delimita a necessidade de atendimento contínuo, reorganização familiar para o cuidado, de políticas diferenciadas para educação infantojuvenil e de suporte social para a família.

A associação da condição social e clínica à dependência física nas AVD podem auxiliar profissionais da área da saúde e educadores a planejar intervenções para promover a inserção de crianças e adolescentes com agravos neurológicos e as suas famílias na comunidade. Além disso, pode orientar a formulação de políticas sociais e educacionais para esta população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA TCS, RUEDELL AM, NOBRE JRS, TAVARES KO. **Paralisia Cerebral: Impacto no Cotidiano Familiar**. Rev bras ciências saúde. v.19 n.3, p.171–8, 2015.

ALVES GV, LOMBA GO, BARBOSA TA, REIS KMN, BRAGA PP. **Crianças com Necessidades especiais de saúde de um município de minas gerais: estudo descritivo**. Rev enferm Cent-Oeste Min. v. 1, n 3, p. 283–93, 2011.

BIANCHINI NCP, SOUZA LAP. **Autismo e comorbidades: achados atuais e futuras direções de pesquisa**. Distúrbios da Comun. v 26 n 3, 2014.

BOYLE C A, BOULET S, SCHIEVE LA, COHEN RA, BLUMBERG SJ, YEARGIN ALLSOPP M, ET AL. **Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008**. Pediatrics. v 127, n 6, p.1034–42, 2011.

BRASIL. **Lei 12.470, de 31 de Agosto de 2011**, 2011.

BRASIL. **Ministério da Educação (MEC). Evolução do número de matrículas na educação básica por modalidade e etapa de ensino - Brasil - 2008/2014**, 2015.

BRASIL. **Decreto nº 5.296 de 02 de Dezembro de 2004**. Brasília (DF). 2004

BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de Novembro de 2011: Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite**. 2011.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Pesquisa Nacional de saúde 2013: Ciclos de vida**. 2015

CHIANE KL, CHENG CY. **Prevalence and neuro-psychiatric comorbidities of pediatric epilepsy in Taiwan: A national population-based study**. Epilepsy Res. v. 108, n 8, p.1451–60, 2014.

ESPANHA. **Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales**. Atención a las personas em situación de dependencia en España. Espanha. 19-92, 2005

FILHO ALMM, NOGUEIRA LANM, SILVA KCO, SANTIAGO RF. **A importância da família no cuidado a criança autista**. Rev Saúde em Foco. v 3, n p.166-83, 2016.

FREITAS EM, ARROJA LN, RIBEIRO PM, DIAS PC. **Percepção dos pais em relação à inclusão de crianças com Necessidades Educativas Especiais no ensino regular.** Rev Educ Espec. v 28, n 52, p. 443–57, 2015.

GABIS LV, TSUBARY NM, LEON O, **Ashkenasi A, Shefer S. Assessment of Abilities and Comorbidities in Children With Cerebral Palsy.** J Child Neurol. v 30, n 12, p. 1640–5, 2015.

KUO DZ, COHEN E, AGRAWAL R, BERRY JG, CASEY PH. **A National Profile of Caregiver Challenges of More-Complex Children with Special Health Care Needs.** Arch Pediatr Adolesc Med. v 165, n 11, 2011.

LAGUNJU IA, BELLA-AWUSAH TT, OMIGBODUN OO. **Autistic disorder in Nigeria: Profile and challenges to management.** Epilepsy Behav. v 39 p. 126-129, 2014.

LEUNG GPK, CHAN CCH, CHUNG RCK, PANG MYC. **Determinants of activity and participation in preschoolers with developmental delay.** Res Dev Disabil. v 32, n 1, p. 289–96, 2011.

MINOCHA P, SITARAMAN S, SACHDEVA P. **Clinical Spectrum, Comorbidities, and Risk Factor Profile of Cerebral Palsy Children: A Prospective Study.** J Pediatr Neurosci. v 12, n 1 p. 15–8. 2017.

RODRIGUES LS, LIMA RHS, COSTA LC, BATISTA RFL. **Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão,2002-2011.** Epidemiol Serv Saúde. v 23, n 2, p. 295 304, 2014.

SCHIARITI V, SAUVE K, KLASSEN AF, O'DONNELL M, CIEZA A, MÂSSE LC. **“He does not see himself as being different”:** the perspectives of children and caregivers on relevant areas of functioning in cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. v. 56, n 9, p. 853–61, 2014.

AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS EM CRIANÇAS INTERNADAS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

Data de aceite: 27/11/2019

Edficher Margotti

Universidade Federal do Pará, Docente da Faculdade de Enfermagem, Belém, Pará.

Irla Prazeres

Universidade Federal do Pará, Graduada da Faculdade de Enfermagem, Belém, Pará.

RESUMO: O objetivo foi investigar sintomas dissociativos pós-traumáticos infantis decorrentes de hospitalizações. Investigação avaliativa descritiva. Abrangeu crianças de cinco a doze anos hospitalizadas por mais de cinco dias. Foi utilizada os instrumentos *Child Dissociative Checklist* e *Children's Dissociative Experience Scale*. De acordo com a *Child Dissociative Checklist*, crianças com transtornos dissociativos foram de 58% em ambos os hospitais, de acordo com a *Children's Dissociative Experience Scale*, na Santa Casa as crianças com síndrome pós trauma foram de 26% e com transtorno dissociativo foram de 27%, no hospital Barros Barreto com síndrome pós trauma foram de 27% e com transtorno dissociativo foram de 13%. Concluímos que os transtornos dissociativos afetam as crianças hospitalizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos dissociativos.

Depressão. Crianças. Hospitalização.

EVALUATION OF DISSOCIATIVE DISORDERS IN CHILDREN INTERNED IN PEDIATRIC UNITS

ABSTRACT: The objective was to investigate dissociative children's post-traumatic dissociative symptoms resulting from hospitalizations. Descriptive evaluative research. It covered children from five to twelve years hospitalized for more than five days. The *Child Dissociative Checklist* and *Children's Dissociative Experience Scale* instruments were used. According to *Child Dissociative Checklist*, children with dissociative disorders were 58% in both hospitals, according to the *Children's Dissociative Experience Scale*, in Santa Casa children with post-trauma syndrome were 26% and with dissociative disorder were 27% in the hospital Barros Barreto with post-trauma syndrome were 27% and dissociative disorder were 13%. We conclude that dissociative disorders affect hospitalized children.

KEYWORDS: Dissociative disorders. Depression. Child. Hospitalization.

1 | INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo muito se fala e estuda acerca de doenças de caráter psicológico. O fomento deste grande interesse deve ater-se ao fato de que tais distúrbios são apontados como uma das principais causas de prejuízo funcional e suicídio ao redor do globo (Kapczinski, 2011).

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) é enfática ao afirmar que em 2020 a depressão, listada entre os transtornos dissociativos, seria a maior causa de incapacidade humana, superada somente por doenças cardiovasculares (OMS, 2002).

Dentre os múltiplos transtornos, encontram-se os ditos Transtornos Dissociativos, os quais se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade, das sensações imediatas e do controle dos movimentos corporais (DSMV, 2013).

O transtorno dissociativo frequentemente tem início súbito (quadro agudo) e podem perdurar por horas ou dias e, mais raramente, meses a anos (quadro crônico). Podem se apresentar como amnésia, fuga repentina, mudança de identidade, experiências de estar “fora” do próprio corpo ou ainda experiência de ter o corpo tomado por entidades (Othmer, 2002).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013) dentre os brasileiros que são diagnosticados com depressão, 52% faz uso de medicamentos no tratamento da doença e apenas 16,4% tem acompanhamento psicoterapêutico.

Gomes (2013) afirma que entre a vasta variedade de fatores desencadeadores de transtornos psicológicos, está a hospitalização, que é, em especial para crianças, fonte de fatores estressantes, o que por sua vez, são desencadeadores eficazes de transtornos. O autor afirma ainda que:

Experiências estressantes no início do desenvolvimento infantil podem promover uma ruptura no desenvolvimento típico do indivíduo, uma vez que apresenta-se como fatores de risco para problemas de saúde mental na adolescência e na vida adulta (Drugg, 2010).

Segundo Sousa et al (2008), quando uma criança é submetida à internação, várias implicações psicológicas podem ocorrer: depressão, ansiedade, negação da doença, regressão, baixa estima, solidão, reações de culpa, sensação de punição etc. De acordo com Angerami (2004), crianças hospitalizadas por um período superior a cinco (5) dias apresentam tendência ao desenvolvimento de transtornos psicológicos relevantes.

Assim sendo, a necessidade de realização de avaliação psicológica o mais cedo possível possibilitando prosseguimento à atenção psicológica a esses

primeiros anos é reiterada ao passo que o período evolutivo infantil é não somente um período de vulnerabilidade às mais diversas alterações, mas também é um período essencial na formação da personalidade (Cunha, 2008).

O menor hospitalizado precisa ter um acompanhamento psicológico profissional que pondere acerca do impacto emocional do adoecimento e da internação do indivíduo infantil, que deve ser analisada e ponderada a partir da ótica da própria criança e da família/acompanhantes envolvidos, uma vez que a hospitalização favorece o isolamento da criança de tudo o quanto ela conhece, gerando inúmeros e diversos sentimentos difíceis de conter (Nigro, 2004).

Em decorrência do apontado pela OMS e de estudos de caráter nacional e internacional realizados acerca da dissociação e seus resultados devastadores e, por reconhecer a carência de estudos no tocante à diagnose, prevalência e tratamento nos âmbitos bio físico psicossocial de infantes, o presente estudo teve por objetivo investigar os sintomas dissociativos pós-traumáticos infantis decorrentes de um processo de hospitalização superior a cinco dias.

2 | METODOLOGIA

A proposta metodológica seguiu a linha de investigação avaliativa descritivo com abordagem quantitativa. Tal categoria de estudo “visa identificar tendências e comportamentos enquanto estabelecem relações existentes no fenômeno, favorecendo a formulação clara do problema e de hipóteses na tentativa de solução”.

Estudo foi realizado nas Instituições de Saúde Pública Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), que é referência no Estado, em saúde materno infantil e o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), que é referência no Estado, em doenças infecto contagiosas, ambos os hospitais localizados na cidade de Belém, capital do Estado do Pará.

A população da pesquisa abrangeu crianças na faixa etária de cinco (5) a doze (12) anos em processo de internação que se encontraram nas alas pediátricas de ambas as instituições.

O calculo amostral foi realizado através da média de internações de infantes inseridos na população etária de cinco (5) a doze (12) anos e aptos à participação, conforme critérios estabelecidos nos termos de inclusão/exclusão, em ambas as Instituições participantes. Foi utilizado um erro amostral de 10%, com um nível de confiança da amostra de 95%, com um percentual máximo de 50%, obtendo-se uma amostra de 34 crianças.

Foi realizado um teste piloto com 5 crianças, de ambas as Instituições, cujo objetivo foi testar a aplicabilidade e confiabilidade dos questionários e realizar ajustes caso fossem necessários. Os resultados obtidos através de entrevistas com

população do teste piloto, não foram inseridos aos resultados.

Os critérios de inclusão foram: crianças com faixa etária entre cinco (5) e doze (12) anos de idade, crianças internadas por um período superior a cinco (5) dias, crianças devidamente acompanhadas e autorizadas por seus cuidadores e/ou responsáveis à participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: crianças menores de cinco (5) anos e maiores de doze (12) anos de idade, crianças que apresentassem patologias neurocognitivas/neurofisiológicas, crianças indígenas e crianças surdas e mudas.

A coleta de dados foi realizada por meio dos instrumentos Internacionais *Child Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experience Scale* (CDES), os quais são compostos por duas vias de questionários avaliativos – uma voltada aos responsáveis e outra às crianças –, uma vez respondidos e cruzados tornam possíveis as detecções de transtornos dissociativos, a exemplo da depressão; sintomas pós-traumáticos e falsas escalas de trauma. As ditas falsas escalas de trauma, se constituem quando um indivíduo hospitalizado apresenta um “comportamento de doença”, que não coincide necessariamente com o estado real da doença (López, 1998).

Todos os representantes legais das crianças receberam uma declaração onde era concedido o prazo de 1 (um) dia, para refletir sobre as conveniências ou inconveniências da participação da criança e do responsável, inclusive a oportunidade para consultar familiares ou outras pessoas, com o fito de caso achar conveniente, participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado, em duas vias, pelo responsável; uma via ficando recolhida aos interesses do participante e a outra, aos interesses do pesquisador.

Ao início da entrevista parental, participantes eram elucidados acerca de termos contidos nas perguntas, bem como tinham itens do questionário esclarecidos e exemplificados a fim de que, com uma melhor assimilação dos itens, as respostas fossem as mais fidedignas possíveis, evitando viés na resposta.

O questionário CDC aplicado aos responsáveis, teve como finalidade a descrição de comportamentos que definem a criança no presente momento e nos últimos doze meses. O instrumento de coleta de dados é composto de vinte itens que são preenchidos em um tempo estimado de cinco (5) minutos (Feindler, Rathus e Silver, 2003). Contém alternativas classificadas de zero (0) a dois (2), onde zero (0) é considerado “falso”, um (1) é considerado “verdadeiro” e dois (2), considerado “muito verdadeiro”, somadas ao fim de cada pergunta.

O questionário CDES utilizado para as crianças, teve a finalidade de identificar a compreensão da mesma sobre sua doença e hospitalização, bem como seu comportamento e enfrentamento frente à situação vivenciada. O questionário infantil consta de um total de trinta e sete itens e leva entre quinze e vinte minutos para ser

aplicado. Nesta forma de coleta de dados, crianças encontram a possibilidade de auto avaliação à medida que são estimuladas à comparação de seus comportamentos aos comportamentos expostos nos modelos pré-estabelecidos no questionário.

Para cada resposta do questionário, a pontuação varia entre zero (0) e três (3). Para calcular a pontuação total para resultados de Síndrome Pós Traumática, foram combinadas as pontuações de todas as respostas, exceto os itens 20, 28, e 36. A pontuação total de quarenta e três (43) e o ponto de corte derivado do estudo original de Putnam (1997), e o subsequente uso clínico da medida sugeriu que este é um ponto de corte válido. Total em meados dos trinta pontos (30) pareceu estar relacionado a sintomas subliminares de Transtorno de Estresse Pós Traumático (Putnam, 1997).

Para calcular a pontuação total para resultados de Transtornos Dissociativos, combinaram-se as pontuações dos itens 1, 2, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 32, 33 e 34. A pontuação total de vinte e quatro (24) ou mais foi o ponto de corte derivado do estudo original, e o subsequente uso clínico da medida sugeriu que este é um ponto de corte válido (Putnam, 1997).

Por fim, o elaborador do questionário de Experiências Infantis, Putnam (1997), adverte que a somatória de uma pontuação de sete (7) ou superior para as questões 20, 28 e 36 sugere que as demais respostas não são válidas, uma vez que estes itens delatam uma falsa escala de trauma, anulando a veracidade das demais respostas obtidas no questionário infantil.

Os dados foram analisados tendo como subsídios os resultados descritivo-quantitativos da pesquisa comparados entre si, considerando-se o preconizado pelos autores do método CDC e CDES, para mensuração e associação de resultados de ambos os questionários aplicados.

A participação no Projeto não acarretou em riscos físicos, embora houvesse a possibilidade de desconfortos decorrentes da participação, os quais foram amenizados através de confidencialidade e sigilo sobre a participação e nome. Os benefícios relacionados à participação, por sua vez, caracterizaram-se por sua ordem intelectual, social e cultural, visto que crianças e responsáveis se interessaram e poderiam continuar a vir a se interessar sobre o tema, aprofundando-se no assunto, e até mesmo quebrando tabus, superando preconceitos e discriminação quanto à hospitalização e quanto a transtornos psicológicos ocasionados pela internação.

Foi deixado claro aos pais e responsáveis, que a participação não era obrigatória e a recusa não acarretaria em prejuízos ao atendimento, podendo se recusar a qualquer momento; bem como a participação não foi associada a benefícios econômico-financeiros ou matérias de quaisquer formas.

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque e o projeto encontrou-se em conformidade com a Resolução número 466/2012 e com

as diretrizes e normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto teve a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sob o número da CAAE 58409516.4.0000.0018.

3 | RESULTADOS

A tabela de número 1 mostra a idade e o diagnóstico de cada criança internada, e a pontuação dos questionário; aplicado com a familiar e sua com a criança.

Idade da criança	Dias de internação	Diagnóstico de internação	Questionário Parental (CDC)	Questionário Infantil (CDES)			
				Dissociação Pós Trauma Total	Falsa Escala de trauma		
11	9	Doença Renal Crônica	21	16	22	38	2
10	57	Doença Renal Crônica	21	23	21	45	6
5	12	Artrite séptica	24	38	35	73	9
11	6	Farmacodermia	21	42	10	52	9
9	6	Papiloma laríngeo	4	17	18	35	9
10	15	Doença Renal Crônica	7	7	22	29	3
9	5	Gastroenterite	14	21	13	34	7
12	6	Síndrome Nefrítica	12	13	23	36	8
10	6	Pielonefrite	13	17	6	23	6
5	10	Pielonefrite	4	5	17	22	6
8	5	Dor Crônica	23	29	24	53	3
10	6	Síndrome Nefrítica	5	31	26	57	5
5	6	Doença Renal Crônica	3	12	7	19	6
11	7	Artrite Idiopática Juvenil	9	21	14	35	4
11	7	Doença Mista do Tecido Conjuntivo	10	36	15	51	6
11	6	Dermatomiosite	21	23	9	32	5
11	5	Sem diagnóstico	12	30	6	36	4
11	10	Doença Renal Crônica	10	39	12	51	3
11	8	Sepse e Colelitíase	12	20	14	34	3

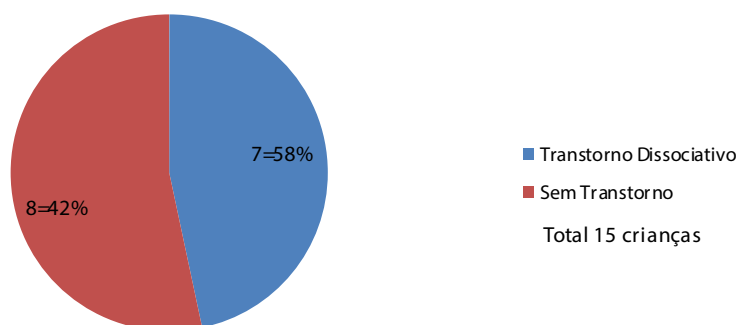
Tabela 1 – Resultados de Questionários *Children Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) referentes à entrevistas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Idade da criança	Dias de internação	Diagnóstico de internação	Questionário Parental (CDC)	Questionário Infantil (CDES)			
				Dissociação Pós Trauma Total	Falsa Escala de Trauma		
8	23	Vírus da Imunodeficiência Adquirida	13	20	17	37	5
9	5	Criptococose Cerebral	16	11	28	39	3
7	5	Sem Referência	12	18	13	31	9
7	6	Pneumonia	11	24	12	36	6
7	5	Meningite Bacteriana	13	20	24	44	5
9	23	Estafilococose	10	8	9	17	7
6	6	Broncopneumonia	2	7	13	20	6
9	5	Meningite Bacteriana	19	14	22	36	1
7	6	Vírus da Imunodeficiência Adquirida e Pneumonia	23	22	24	46	5
10	8	Acidente Ofídico	11	17	10	27	7
10	5	Vírus da Imunodeficiência Adquirida	11	15	10	25	7
10	11	Broncopneumonia	14	37	19	56	5
6	6	Acidente Ofídico	11	11	28	39	8
9	13	Pneumonia	6	22	28	50	5
8	16	Derrame Pleural	6	22	28	50	5
8	16	Pneumonia Bacteriana	11	20	9	29	6

Tabela 2 – Resultados de Questionários *Children Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) referentes à entrevistas no Hospital Universitário João de Barros Barreto, 2016.

O gráfico a seguir nos mostra a porcentagem de crianças investigadas através da aplicação do questionário parental, no hospital Santa Casa da Misericórdia do Pará, que apresentaram indícios de Transtornos Dissociativos.

Hospital Universitário João de Barros Barreto

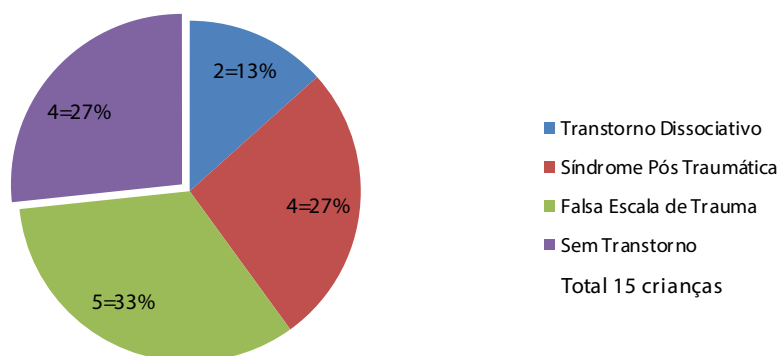


Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

Gráfico 3 – Distribuição de Transtornos de acordo com *Children Dissociative Checklist* (CDC) no Hospital Universitário João de Barros Barreto, 2016.

O gráfico a seguir nos mostra a porcentagem de crianças investigadas através da aplicação do questionário direcionado à elas, no hospital Santa Casa da Misericórdia do Pará, que apresentaram indícios de Transtornos Dissociativos.

Hospital Universitário João de Barros Barreto



Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

Gráfico 4 – Distribuição de Transtornos de acordo com *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) no Hospital Universitário João de Barros Barreto, 2016.

4 | DISCUSSÃO

No decorrer do processo de análise de dados, constatou-se que a presença de Transtorno Dissociativo e Síndrome Pós-Traumática são diretamente proporcionais ao período de internação, tendo sido mais encontradas em crianças internalizadas por um período entre sete (7) e onze (11) dias, o que corrobora os achados de Angerami (2004), o qual afirma que após um período de hospitalização superior à cinco (5) dias, crianças apresentam mais tendência ao desenvolvimento de transtornos psicológicos relevantes.

No que diz respeito à conexão entre idade e índice de presença de transtorno dissociativo e síndrome pós traumática, o presente estudo evidenciou que crianças entre sete (7) e onze (11) anos foram mais facilmente apontadas pelo questionário CDES como sendo os maiores predisponentes à ambas patologias, o que também confirma o dito por Angerami (2004), o qual lista 'faixa etária' como fator diretamente ligado à apresentação de implicações de cunho psicológico.

Falsas Escalas de Trauma não encontraram direta ligação com diagnósticos e/ou período de internação, tendo sido encontradas em crianças que se encontravam hospitalizadas entre cinco (5) e doze (12) dias em ambas as Instituições, e, distribuídas indistintamente entre crianças de cinco (5) a doze (12) anos de idade. Putnam (1997), não apresenta em seus estudos fatores de predisponência à

ocorrência deste item.

Nenhum dos itens analisados pelo questionário CDES encontrou ligação direta com o diagnóstico clínico das crianças entrevistadas, contrapondo-se ao dito por Angerami (2004), o qual assegura a conexão direta do “tipo de diagnóstico e prognóstico clínicos” à apresentação de implicações psicológicas em infantes.

O formulário parental CDC, no entanto, encontrou ligação direta com ambos: período de internação e severidade de diagnósticos clínicos, apresentando maior índice de respostas indicativas de dissociação quanto mais longos eram o período de internação e mais grave o diagnóstico infantil.

Quanto à compatibilidade na comparação de resultados dos questionários parental e infantil para a presença de Transtorno Dissociativo, enquanto 58% dos pais de crianças internalizadas em ambas as instituições tiveram respostas que apontaram para a presença do transtorno nos infantes, apenas 27% das crianças entrevistadas na FSCMPA e 13% das crianças entrevistadas no HUIBB apresentaram pontuação compatível para o resultado indicativo de transtorno, e, conforme o afirmado por Putnam (1997), crianças do sexo masculino foram avaliadas por suas mães/acompanhantes com uma pontuação entre um (1) e dois (2) pontos mais elevada do que a dada por mães/acompanhantes à crianças do sexo feminino.

Os resultados comprovaram o envolvimento familiar no processo de tratamento da doença de base dos infantes entrevistados em 100% dos casos. O acompanhamento do infante nos critérios de inclusão e exclusão foi relevante não somente ao preenchimento do questionário parental, CDC, mas também à comprovação da participação familiar durante o processo de hospitalização. Dentre as crianças participantes da pesquisa, 91% contavam com a presença de acompanhantes integrantes do círculo familiar em sistema de “revezamento”, ora sendo acompanhadas por suas mães, ora por pais, tios, avós e irmãos mais velhos. Os 9% restante, contavam com a presença materna de forma integral. Segundo Collet (2002), o fator é relevante uma vez que “a entrada no ambiente hospitalar somada ao afastamento familiar, provocam na criança não somente os sofrimentos físico e psicológico, mas também a potencialização de um cenário estressor, o que tende a afetar suas respostas comportamentais e físicas”. Marcadores socioeconômicos e demográficos familiares não foram analisados neste trabalho.

O questionário CDC em seu primeiro item questiona acerca de processos traumáticos sofridos por infantes nos últimos 12 meses. A definição de tais processos foi esclarecida e exemplificada aos acompanhantes durante a aplicação do questionário, conforme estabelecido na metodologia deste trabalho. A significação de trauma foi dada pela American Psychiatric Association e dentre os principais possíveis fatores desencadeadores da sintomatologia dissociativa e traumática identificados nas crianças entrevistadas, pode-se listar os seguintes: repetidas

internações hospitalares em curtos períodos de tempo, perda do contato com familiares e amigos devido ao(s) processo(s) de internação hospitalar, profundo incômodo por perda de autonomia sobre o próprio corpo devido à rotinas hospitalares, necessidade de mudança de cidade e interrupção do processo educacional escolar, separação/divórcio parental. Tais fatores são não somente listados pela American Psychiatric Association (DSM V, 2013), mas também por Collet (2002), Angerami (2004) e Jack (2012) os quais asseguram que quadros ansiolíticos decorrentes do enfrentamento da patologia, do afastamento familiar, do sofrimento físico e psicológico por meio da interrupção do seu cotidiano, somados à presença de equipamentos estranhos, dolorosos e à incapacidade em manter controle sobre sua rotina e seu próprio corpo, exigem da criança uma agressiva resposta adaptativa, a qual é capaz de romper circuitos cerebrais, tornando-se precursores de prejuízos posteriores ao desenvolvimento e à instauração de doenças crônicas relacionadas ao estresse físico e mental.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado da pesquisa tornou mais claro o modo como os transtornos dissociativos afetam a população infantil, e a ideia da infância como um período puramente alegre e livre de sofrimentos foi, um pouco mais desmitificada. Saber também que mesmo traumas provenientes de causas não abusivas podem levar a psicopatologia dissociativa, a qual pode interferir no desenvolvimento da criança e do funcionamento geral de maneira profunda foi muito importante e trouxe um novo significado e mais entusiasmo para o desenvolvimento deste estudo.

Ao final deste estudo foi possível constatar que a avaliação psicológica inicial é indispensável no atendimento infantil, e que por exigir dos profissionais de saúde uma postura diferente, esse processo costuma se diferenciar da psicoterapia. Através da realização deste estudo, foi também possível compreender que a forma como os processos adotados em prática são nomeados, é carregada de sentidos, fazendo diferença não somente no olhar e a prática profissionais mas na forma como tais práticas são assimiladas e praticadas pelos clientes em uso e/ou acompanhamento as mesmas.

Verificou-se que a aplicação de testes com fins de diagnósticos psiquiátricos, muito embora seja carregada de pré-conceitos, tem inúmeras funções, podendo favorecer o cliente e inclusive contribuir para o diálogo com os cuidadores/responsáveis, escola e outros profissionais, desde que, sejam utilizados de uma maneira coerente e que esteja como qualquer outra técnica em saúde, a serviço da relação com os clientes visando a melhora de seus prognósticos.

Esta pesquisa reforça a relevância da avaliação infantil, examinando a eficácia de episódios de tratamento passados os quais podem fornecer e/ou confirmar um indício de que qualquer processo dissociativo pode também ter sido responsável e/ou desencadeado por falhas no tratamento, o que pode ser devastador dado que crianças e adolescentes que se dissociam podem ser propensos a uma vida inteira de sintomas debilitantes, enquanto crianças traumatizadas podem ser propensas a apresentar um quadro complicado que pode ser facilmente mal interpretado e incompreendido devido a uma infinidade de sintomas de mudança.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association – APA. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ANGERAMI, V. A. **Tendência em Psicologia hospitalar**. São Paulo: Thompson Learning, 2004.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

CUNHA, J.A. **Psicodiagnóstico V**. [SI]: Artmed, 2008.

DRUGG, A, et al. **A Depressão na infância. Escritos da clínica**. Ijuí: Editora Unijuí, 2010.

EISENSTEIN, E. **Adolescência definições, conceitos e critérios**. *Adolesc. Saúde*. 2005;2(2):6-7 & IBGE Censo, 2013.

FEINDLER, E.L., RATHUS, J.H., SILVER, L.B. **Assessment of Family violence: A handbook for reserchers and practitioners**. Pages:580. ISBN: 978-1-55798-900-0.

JACK, P.; SHONKOFF, MD.; ANDREW, S.; GARNER, MD. **The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress**. *PEDIATRICS* Volume 129, Number 1, January 2012

KAPCZINSKI, F. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos: uma abordagem translacional**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LOPEZ, M. A. **Hospitalização**. Trad. Maria Teresa Ramalhal Teixeira. São Paulo: McGraw-Hill, 1998.

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

MITRE, R.M.A.; GOMES, R.A. **A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde**. *Ciência Saúde Coletiva* 9 (1): 147-54, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19832.pdf>> Acesso em 09 de set de 2011.

NIGRO, M. **Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Violence and health**. Geneva. Suíça: World Health Statistics Quarterly do World Health Organization, 2002.

OTHMER, E.; OTHMER, S.C. **The clinical interview using DSM-IV-TR**. Vol. 2. The Difficult Patient. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2002. p.119-55.

PUTNAM, F.W. **Dissociation in Children and Adolescents**. New York, NY: The Guilford Press, 1997.

SOUSA, E.S. et al. **A importância do psicólogo no tratamento de crianças Hospitalizadas**. Disponível em <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/504.%20a%20import%C2ancia%20do%20psic%D3logo%20no%20tratamento%20de%20crian%C7as%20hospitalizadas.pdf> Acesso em 10 de jul de 2016.

DEPENDÊNCIA FÍSICA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS NEUROLÓGICAS

Data de aceite: 27/11/2019

Gisele Weissheimer

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Verônica de Azevedo Mazza

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Fernanda Cassanho Teodoro

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Vanessa Ferreira de Lima

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Sara Rocha de Souza

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

RESUMO: **Objetivo:** caracterizar a dependência física nas atividades de vida diária (AVD) de crianças e adolescentes com doenças neurológicas. **Método:** estudo transversal, quantitativo, com participação de 141 familiares de crianças e adolescentes com agravos neurológicos, sendo 67 com paralisia cerebral (PC), 35 de autismo e 39 de epilepsia. A coleta de dados foi realizada em um centro de neurologia infantil de um hospital público na região sul do Brasil em 2016, com aplicação de

um instrumento estruturado. Utilizou-se análise descritiva dos dados, por meio de frequência absoluta, relativa e desvio padrão. **Resultados:** 65,96% (n=93) das crianças e adolescentes eram dependentes físicos nas AVD e de forma proporcional a cada subespecialidade, 85,07% (n=57) daqueles com PC, 35,90% (n=14) dos com epilepsia e 62,86% (n=22) daqueles com autismo. Nos casos de PC, houve maior constância de dependência entre quatro e seis AVD, principalmente para vestimenta, locomoção, mobilidade e higiene. Os indivíduos com epilepsia apresentaram-se dependentes com maior prevalência de quatro a seis AVD e as mais frequentes foram higiene e vestimenta. E, nos casos de autismo, houve maior prevalência de duas a três AVD, e, as mais frequentes foram higiene e vestimenta. **Conclusão:** este estudo contribui para melhorar caracterizar o perfil da população em investigação e embasar dados para políticas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Criança. Adolescente. Enfermagem Pediátrica. Pessoas com deficiência.

PHYSICAL DEPENDENCE ON DAILY
LIFE ACTIVITIES OF CHILDREN AND
ADOLESCENTS WITH NEUROLOGICAL

ABSTRACT: Objective: to characterize the physical dependence in daily living activities (ADL) of children and adolescents with neurological diseases. **Method:** a cross-sectional, quantitative study involving 141 family members of children and adolescents with neurological disorders, 67 with cerebral palsy (CP), 35 with autism and 39 with epilepsy. Data collection was performed at a child neurology center of a public hospital in southern Brazil in 2016, with the application of a structured instrument. Descriptive data analysis was used through absolute, relative frequency and standard deviation. **Results:** 65.96% (n = 93) of children and adolescents were physically dependent on ADL and proportionally to each subspecialty, 85.07% (n = 57) of those with CP, 35.90% (n = 14). with epilepsy and 62.86% (n = 22) of those with autism. In cases of CP, there was a greater constancy of dependence between four and six ADL, especially for clothing, mobility, mobility and hygiene. Individuals with epilepsy were dependent with a higher prevalence of four to six ADL and the most frequent were hygiene and clothing. And in cases of autism, there was a higher prevalence of two to three ADLs, and the most frequent were hygiene and clothing. **Conclusion:** This study contributes to better characterize the profile of the population under investigation and to base data on health policies.

KEYWORDS: Child. Teen Pediatric nursing. Disabled people

1 | INTRODUÇÃO

As doenças neurológicas constituem uma das principais causas de morbidade entre as afecções crônicas. De acordo com estudos internacionais (FRANK-BRIGGS; ALIKOR, 2011; MOHAMED; ELSEED; HAMED, 2016) aponta-se que os distúrbios mais frequentes entre o público infantojuvenil é a epilepsia, paralisia cerebral, seguido de outros agravos neurológicos.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, verificou-se constância além das enfermidades mencionadas anteriormente, desordens de desenvolvimento infantil como o déficit de atenção e hiperatividade, deficiência intelectual, distúrbios de aprendizagem, autismo, alterações na fala, perda auditiva, distúrbio visual, entre outros (BOYLE et al., 2011).

Comumente os agravos neurológicos geram restrições funcionais, deste modo acarretam dificuldades para o desenvolvimento de atividades de vida diária (MORAIS, VIANA, 2012) fazendo com que muitos indivíduos passem a ser dependentes de outras pessoas para os afazeres de vida diária.

A dependência implica em três aspectos: o da limitação física, psíquica ou intelectual que determinam a capacidade individual; a incapacidade pessoal de realizar atividades cotidianas; e, na necessidade de uma pessoa para assisti-la no

cuidado requisitado. (MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, 2005).

Tais incapacidades repercutem em elevado custo para as famílias e serviços públicos de saúde. De maneira que as demandas socioeconômicas dos cuidados, tratamento e reabilitação originam impacto sobre a família com interferência na sua qualidade de vida. (WHO, 2006).

No Brasil, dados censitários de 2013 mostraram os indicadores do perfil de deficiência em âmbito nacional. As deficiências investigadas foram a intelectual, física, auditiva e visual e verificou-se que de 200,6 milhões de pessoas, 6,2% apresentou pelo menos uma das quatro deficiências citadas anteriormente (IBGE, 2015).

Como se trata de dados censitários da população geral, embora que haja uma classificação por faixa etária, não retrata as deficiências apresentadas por crianças e adolescentes com agravos crônicos específicos, como os neurológicos. Os quais são frequentemente acometidos por tal condição.

Por se tratar de uma população que requer investimentos políticos para atender as demandas de saúde acredita-se que a caracterização da dependência física nas atividades de vida diária de crianças e adolescentes com agravos neurológicos possa contribuir no estabelecimento do perfil deste público e assim, embasar os gestores da área de saúde e social na tomada de decisões e investimentos políticos.

Este estudo se destina a responder a seguinte questão de pesquisa: Como se caracteriza a dependência física nas atividades de vida diária de crianças e adolescentes com doenças neurológicas? Determinou-se como objetivo, caracterizar a dependência nas atividades de vida diária (AVD) de crianças e adolescentes com doenças neurológicas.

2 | MÉTODO

Tratou-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Os participantes foram familiares de crianças e adolescentes com transtorno do espectro do autismo (TEA), epilepsia e paralisia cerebral (PC). Os critérios de inclusão foram:

a) ser familiar, morar na mesma casa com a criança/adolescente e efetuar cuidados a estes indivíduos. Considerou-se familiar, quem se contemplou como tal; o critério de “habitar na mesma residência e efetuar cuidados” se justifica pelo contato diário e experiência no cuidado. Concebeu-se “efetuar cuidados”, ações na higiene, alimentação, mobilidade, locomoção, eliminações, atendimento à saúde, terapêutica, socialização e/ou proteção.

b) Acompanhar as crianças/adolescentes na consulta médica na subespecialidade de PC, epilepsia ou TEA; para possibilitar contato com o pesquisador.

Os critérios de exclusão foram:

1. Familiares de crianças e adolescentes com idade abaixo de dois anos e acima de 19 anos. A idade mínima foi atendida devido ao início dos sintomas dos agravos neurológicos infantis em investigação, e a idade máxima, pela definição de adolescente da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986).
2. Familiares de crianças e adolescentes com diagnóstico ou em atendimento em serviços de saúde em tempo inferior a seis meses. Considerou-se também o tempo de atendimento em outros serviços de saúde além do especializado em neurologia. Isto se justifica pela busca de situações em que o familiar já tivesse percebido as alterações de desenvolvimento físico, objeto deste estudo.

O local de estudo foi um centro de especialidade neurológica infantil de um hospital público, universitário, localizado na região sul do Brasil, referência em atendimentos neurológicos.

A coleta dados foi efetuada entre maio e setembro de 2016, em duas fases. 1^a: foram consultados os prontuários das crianças e adolescentes que tinham consulta agendada nas subespecialidades de interesse, e, verificado a idade destes indivíduos. Aqueles que se enquadravam neste critério, os seus familiares foram eleitos como potenciais participantes. 2^a: as pessoas que os acompanhavam foram abordadas de forma verbal com o convite para participação desta pesquisa e averiguado os demais critérios de elegibilidade.

As entrevistas foram presenciais, utilizou-se um questionário estruturado. As variáveis desta pesquisa estão apresentadas na Figura 1:

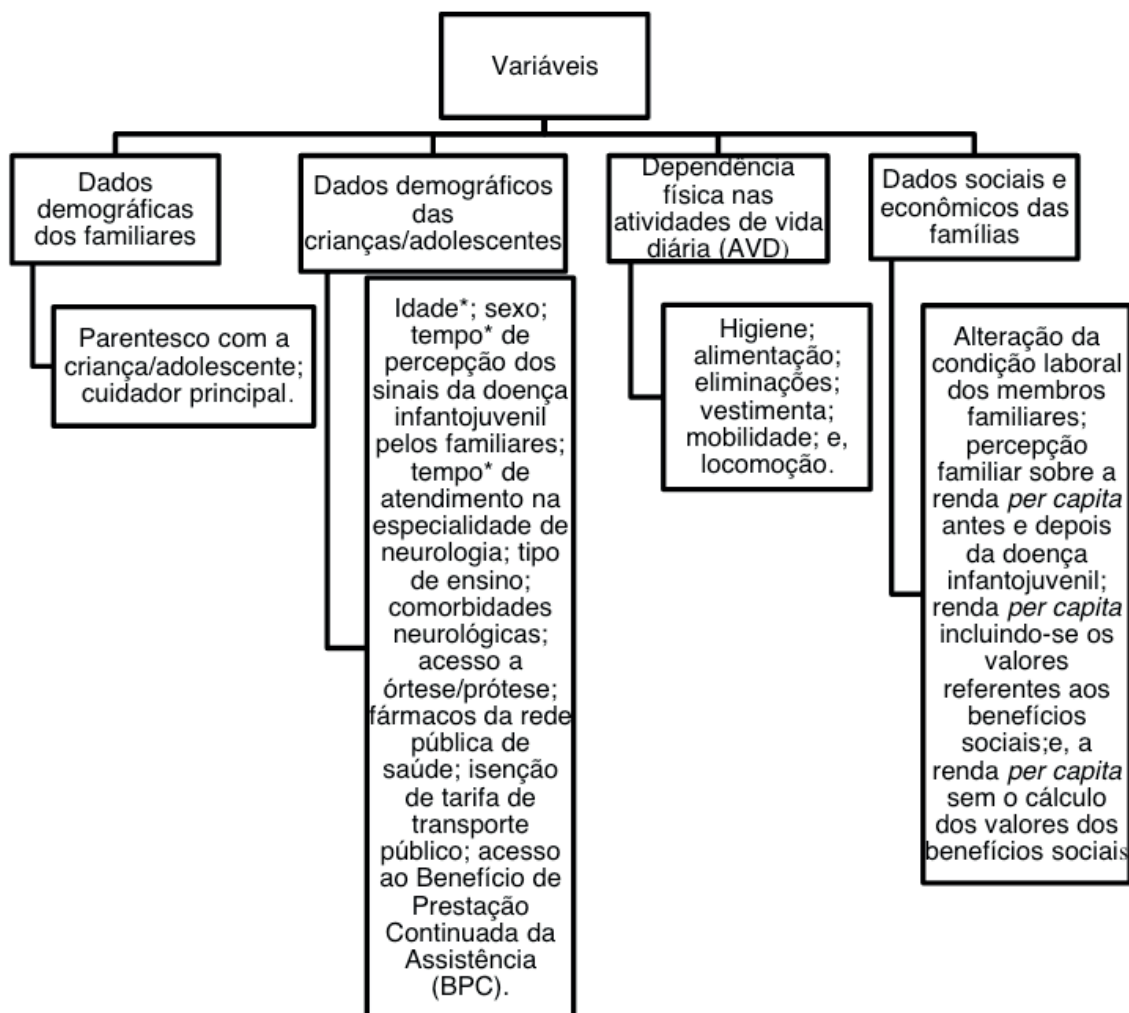


Figura 1: Variáveis do estudo.

A variável dependência física foi investigada na perspectiva de que se trata de indivíduos com necessidade de ajuda nas AVD. Para este estudo manteve-se o foco, exclusivamente, na limitação física para as AVD de higiene, alimentação, eliminações, vestimenta, mobilidade e locomoção. Por se tratar de um instrumento estruturado, a resposta para a dependência nas AVD em estudo foi dicotômica (sim x não).

A análise descritiva foi realizada a partir da construção do banco de dados em planilhas do *Excel*. Utilizou-se descrição das informações por meio de frequência absoluta, relativa, média e desvio padrão (DP). Esta pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 1.175.555 em 28/10/2015.

3 | RESULTADOS

Obteve-se participação de 141 familiares de crianças e adolescentes com doenças neurológicas. Entre estes, 67 se tratavam de familiares de indivíduos com PC, 39 de epilepsia, e 35 de TEA. Acerca das variáveis de caracterização sociodemográfica dos familiares, as participantes desta pesquisa foram: 83%

(n=117) mães, 13% (n=19) pai e 4% (n=5) outros. O cuidador principal do público infantojuvenil em 82% (n=115) foram mães, 1% (n=1) pai, 13% (n=19) pai e mãe e 4% (n=6) outros cuidadores.

A caracterização do público infantojuvenil mostrou que a idade mínima e máxima foi de dois e dezessete anos e, a média 9,5 anos (DP 3,8). O tempo mínimo e máximo que os familiares perceberam os sinais/sintomas do agravo neurológico foi de seis meses e 17 anos, respectivamente, o tempo médio foi 7,3 anos (DP 4,4).

Verificou-se que o tempo em que os indivíduos recebiam atendimento no centro de especialidade em estudo, teve amplitude de quatro meses a 16 anos, e o tempo médio foi 5,9 anos (DP 4,1). Na Tabela 1, exibe-se as variáveis mencionadas anteriormente especificamente para cada subespecialidade neurológica em estudo.

Acerca do sexo das crianças e adolescentes, houve prevalência do masculino de forma proporcional a cada subespecialidade, sendo, 56,72% (n=38) daqueles com PC, 74,36% (n=29) dos com epilepsia e 77,17% (n=27) dos indivíduos com TEA.

Variável (n)	Subespecialidades	Mínima-Máxima	Média	DP
Idade (anos)				
	PC	2-17	9,6	4,1
	Epilepsia	3-17	9,0	4,0
	TEA	2,9-16	9,8	3,1
Tempo (anos) de percepção dos sinais da doença infantojuvenil pelos familiares				
	PC	2-17	8,9	4,3
	Epilepsia	0,5-16	5,2	4,1
	TEA	1-15	6,6	3,6
Tempo (anos) de atendimento em especialidade neurológica				
	PC	0,4-16	7,7	4,8
	Epilepsia	0,4-14	4,5	3,7
	TEA	1-11	4,3	2,5

Tabela 1: Distribuição das variáveis sociodemográficas de crianças e adolescentes com PC, epilepsia e TEA, sul do Brasil, 2017

Fonte: dados da pesquisa

Na Tabela 2, demonstram-se as demais variáveis de caracterização sociodemográfica de crianças e adolescentes com doenças neurológicas. Acerca do acesso à educação infantil, 92% (n=130) estudavam. Destes, 61,54% (n=80) cursavam ensino regular, 36,92% (n=48) especial e 1,54% (n=2) misto. Aqueles com PC cursavam com maior frequência o ensino especial, e, àquelas com epilepsia e TEA, o ensino regular.

Com relação às comorbidades neurológicas, 56% (n=79) dos familiares referiram que o público pediátrico era acometido. Com predomínio, os indivíduos

com PC, seguidos daqueles com epilepsia e menos frequente entre aqueles com TEA.

Acerca dos benefícios sociais, o mais acessado foi o BPC em todas as subespecialidades, a isenção de tarifa de transporte público foi obtida com maior frequência entre as famílias com crianças e adolescentes com PC e TEA. O benefício assistencial de órtese e prótese foi adquirido de forma mais constante entre aqueles com PC. Sobre o acesso a medicações provenientes do sistema público de saúde foi mais frequente entre aqueles com epilepsia e PC.

Variável	Total	PC		Epilepsia		TEA	
	n=141(%)	n=67	%	n=39	%	n=35	%
Tipo de ensino							
Regular	80 (61,54)	26	38,81	27	69,23	27	77,14
Especial	48 (36,92)	33	49,25	7	17,95	8	22,86
Misto	2(1,54)	1	1,49	1	2,56	0	00,00
Não cursa	7 (5)	4	5,97	3	7,69	0	00,00
Não se aplica*	4 (3)	3	4,48	1	2,56	0	00,00
Comorbidades neurológicas							
Sim	79 (56)	49	73,13	17	43,59	13	37,14
Não	62 (44)	18	26,87	22	56,41	22	62,86
Acesso a benefícios sociais e assistenciais							
Órtese e prótese	17 (12,10)	14	21	2	5,13	1	2,86
Medicação	62 (44,00)	32	48	20	51,28	10	28,57
BPC	70 (49,60)	43	64	13	33,33	14	40,00
Isenção de tarifa de transporte	19 (13,50)	12	18	3	7,69	4	11,43

Tabela 2. Distribuição de variáveis sociodemográficas de crianças e adolescentes com PC, epilepsia e TEA, sul do Brasil, 2017

Fonte: dados da pesquisa *menores de quatro anos de idades, situações que não há obrigatoriedade de estar frequentando escola.

Acerca da caracterização da dependência física nas AVD investigadas, 65,96% (n=93) da amostra total eram dependentes. E de forma proporcional a cada subespecialidade: 85,07% (n=57) daqueles com PC; 35,90% (n=14) dos indivíduos com epilepsia; e, 62,86% (n=22) daqueles com TEA; eram dependentes em uma ou mais AVD. Nos casos de PC, houve constância de dependência entre quatro e seis AVD, principalmente para vestimenta, locomoção, mobilidade e higiene (Figura 1). Os indivíduos com epilepsia apresentaram-se dependentes com prevalência de quatro a seis AVD e as mais frequentes foram higiene e vestimenta. Nos casos de TEA, houve dependência com maior frequência entre duas a três AVD, sendo mais constantes para higiene e vestimenta.

Variáveis	Agravos neurológicos		
	PC (n)	Epilepsia (n)	TEA (n)
Dependentes físicos			
	57	14	22
Número de AVD			
1 AVD	7	2	4
2-3 AVD	11	3	14
4-6 AVD	39	9	4
Tipo de AVD			
Alimentação	35	9	9
Higiene	45	12	19
Vestimenta	47	13	19
Eliminações vesicais e intestinais	41	9	6
Mobilidade	45	8	4
Locomoção	46	8	5

Tabela 3. Distribuição do número de crianças e adolescentes com dependência física nas AVD de acordo com os agravos neurológicos, sul do Brasil, 2017

Fonte: dados da pesquisa.

Sobre as informações sociais e econômicas dos familiares, as quais estão apresentadas na Tabela 4, constatou-se que de forma prevalente um ou mais membros das famílias de crianças e adolescentes com PC e TEA necessitaram alterar o seu *status* laboral para cuidá-los. Sobre a renda familiar, cerca de 65% a consideraram suficiente antes da doença infantojuvenil e posteriormente, em torno de 75% considerou insuficiente em cada subespecialidade neurológica.

Acerca da renda *per capita* familiar somando-se valores referentes às aposentadorias, Programa Bolsa Família e o BPC, houve predomínio na categoria de até meio salário mínimo *per capita* na amostra total e em cada subespecialidade. Ao verificar a renda *per capita* sem o cálculo dos benefícios sociais constatou-se que estes são a única fonte de renda de 20,57% (n=29) famílias.

Variável	Total	Epilepsia		TEA			
	PC n=141(%)	n=67	%	n=39	%	n=35	%
Alteração da condição de trabalho dos membros familiares							
Sim	73 (51,77)	39	58,21	16	41,03	18	51,43
Não	68 (48,23)	28	41,79	23	58,97	17	48,57
Percepção sobre a renda da família antes da doença							
Suficiente	95 (67,00)	44	65,67	26	66,67	25	71,43
Insuficiente	46 (33,00)	23	34,33	13	33,33	10	28,57
Percepção sobre a renda da família depois da doença							
Suficiente	36 (26,00)	18	26,87	10	25,64	8	22,86
Insuficiente	105 (74,00)	49	73,13	29	74,36	27	77,14
Renda per capita com os benefícios sociais							
0 salário mínimo	2 (1,00)	0	0,00	1	2,56	1	2,86

Até ½ salário mínimo	61 (43,26)	31	46,27	17	43,59	13	37,14
1/2 a 1 salário mínimo	52 (36,88)	30	44,78	11	28,21	11	31,43
1 a 2 salários mínimos	23 (16,31)	6	8,96	10	25,64	7	20,00
2 a 5 salários mínimos	3 (2,13)	0	0,00	0	0,00	3	8,57
Renda per capita sem os benefícios sociais							
0 salário mínimo	29 (20,57)	16	23,88	5	12,82	8	22,86
Até ½ salário mínimo	58 (41,13)	32	47,76	17	43,59	9	25,71
1/2 a 1 salário mínimo	36 (25,53)	17	25,37	10	25,64	9	25,71
1 a 2 salários mínimos	15 (10,64)	2	2,99	7	17,95	6	17,14
2 a 5 salários mínimos	3 (2,13)	0	0,00	0	0,00	3	8,57

Tabela 4: Distribuição das variáveis sociais e econômicas das famílias de crianças e adolescentes com PC, epilepsia e TEA, sul do Brasil, 2017

Fonte: dados da pesquisa.

4 | DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi respondida predominantemente por mães e estas se caracterizaram como cuidadoras principais das crianças e adolescentes com agravos neurológicos. Embora este fato já seja de conhecimento público, é importante considerá-lo por poder gerar sobrecarga às mães e provocar impacto no cuidado que as mesmas desenvolvem.

A idade das crianças e adolescentes, o tempo de percepção familiar dos sinais da enfermidade pediátrica e o tempo de atendimento em serviço de neurologia demonstram o perfil crônico das enfermidades, o qual tem início na infância e delonga-se no decorrer da vida e junto desta decorre a função do cuidado por parte dos familiares em vários aspectos, de forma contínua.

Com relação às crianças/adolescentes a prevalência foi do sexo masculino. Dado semelhante aos de outros países (Fran-Briggs, Alikor, 2011; Kamath et al., 2016; Wirrel et al. 2011) e de pesquisas brasileiras (FERREIRA, 2008; TÔRRES et al., 2011; GUIMARÃES et al., 2014). Acerca da dependência física nas AVD, a dependência física para higiene e vestimenta foi mais frequente entre aqueles com TEA e epilepsia. Já nos casos de PC, além das AVD citadas anteriormente, apresentou-se dependência para mobilidade e locomoção. Relativo a esta questão, as atividades motoras finas do autocuidado, que envolvem a higiene e a vestimenta, são áreas de dificuldades para os indivíduos com agravos neurológicos. (SCHIARITI et al., 2014). Em outro estudo, junto a crianças com doença neurológica verificou

que, entre as AVD houve maior comprometimento na área de vestimenta e de alimentação, as quais foram explicadas por exigirem habilidade bimanual. (MORAIS, VIANA, 2012).

Pesquisadores (Mourão e Araújo, 2010) corroboram com os dados deste estudo, pois verificaram menor aptidão para ações relacionadas a se vestir/despir e higiene pessoal. Estas exigem atos como escovar os dentes, tomar banho, utilizar vaso sanitário, dar a descarga, colocar e tirar camisas e calças, abrir e fechar colchetes, abotoar e desabotoar, calçar meia e sapato, entre outros, todos vinculados à destreza e à coordenação das duas mãos para realizá-los. De modo que, o público que não apresenta a coordenação motora necessária para realizar tais atividades pode estar mais acometido de forma motora pelo agravo neurológico.

De acordo com estudo, pessoas com deficiência física como a PC há maior déficit de autocuidado e mobilidade, e aquelas com TEA, demandam mais para as funções sociais (TELES, 2016). Porém, neste estudo não foram investigadas as necessidades sociais. Apesar de reconhecer-se esta demanda inerente ao tipo do agravo, verificou-se que com frequência os indivíduos com TEA apresentaram dependência física, e, isto é mostrado na literatura, pois pode haver comprometimento funcional para afazeres como a própria higiene (MINATEL; MATSUKURA, 2014).

As limitações físicas que os indivíduos apresentaram podem mostrar reflexo das comorbidades. Número aproximado de indivíduos com comorbidades apresentam-se dependente em uma ou mais AVD. Porém, com exceção, menor número de indivíduos com TEA apresentaram comorbidades e maior número apresentou-se dependente fisicamente.

De acordo com a literatura, nos casos de epilepsia as doenças associadas mais comuns são a PC, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldades de aprendizagem, deficiência mental, distúrbio do sono (CHIANG; CHENG, 2014). A PC com frequência se apresenta associada à epilepsia (Santos et al., 2011), anormalidades de audição, de fala, cognição e comportamento (JOHNSTON, 2005).

Os casos de TEA apresentam-se associados à epilepsia, distúrbio do sono, transtorno de atenção e hiperatividade, ansiedade, estereotipia, comportamento infrator e deficiência intelectual (BIANCHINI, SOUZA, 2013).

Diante da condição de dependência física e comorbidades infantojuvenil, exige-se das famílias organização para efetivação dos cuidados relacionados à saúde e a educação. Neste estudo as crianças e adolescentes com PC cursavam com maior frequência ensino especial. O que difere neste público é a dependência física para mobilidade e locomoção. Estudos mostram que devido às limitações relacionadas à doença (Melo, Ferreira, 2009), muitas famílias buscam escolas com ensino especial, que melhor atendam às necessidades de seus filhos (MATOS FREITAS, et al., 2015). As crianças mais independentes fisicamente exigem menor

assistência escolar (RÉZIO; CUNHA; FORMIGA, 2013).

A dependência motora é identificada como um fator determinante na participação em atividades, devido à necessidade de habilidade para uso de lápis, apontadores, tesouras, e nas práticas recreativas, exige-se capacidade para realização de movimentos corporais. Do mesmo modo, a apresentação de problemas de interação social infantil têm se mostrado como um aspecto determinante da participação, e para o desempenho das atividades educacionais (LEUNG, 2011).

A necessidade de despender cuidado ao público infantojuvenil faz com que muitas famílias abstenham-se do trabalho para cuidá-los. E neste sentido, demonstra-se mediante estudo com 324.323 famílias de crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde, incluindo-se agravos neurológicos, que em mais de 50% das famílias, um membro parou de trabalhar (KUO et al., 2011).

Observou-se que esta circunstância ocasionou impacto intenso nas finanças da família, pois era insuficiente frente às demandas. Situação considerada como comum, mas contraditória ao fato de que as doenças crônicas podem levar à necessidade de renda adicional para as despesas médicas. (KUO et al., 2011). De modo, que as famílias comprometem sua renda com os elevados custos dos tratamentos, com compra de medicamentos, com aparelhos de reabilitação, de transporte, além de adaptações na estrutura física domiciliar (ALMEIDA et al., 2015).

Fato que exige estratégias políticas no âmbito social e assistencial, com o objetivo de auxiliar as famílias com indivíduos com agravo crônico. Neste sentido, verificou-se entre os benefícios sociais, que o BPC foi a principal fonte de apoio social citado pelos familiares, porém tem relação direta com a renda *per capita* destes. E, entre os benefícios assistenciais, a assistência farmacêutica foi mais frequente. Porém, é necessário considerar que todas as famílias tinham acesso a serviço público de saúde, pois, o local deste estudo, tratou-se de uma instituição governamental.

No Brasil, o atendimento a saúde é assegurado pela Constituição Federal e neste incluiu-se a assistência farmacêutica (BRASIL, 1988) e o acesso a próteses ou órteses (BRASIL, 2012). Às pessoas com deficiência que não têm condições de desenvolver uma atividade laborativa e que comprove não ter meios para se sustentar ou ser sustentada pela sua família é ofertado por meio da Política de Assistência Social, o BPC (BRASIL, 2011), que se refere à transferência mensal de um salário mínimo. Para obtenção deste, considera-se a família com renda mensal *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo. (BRASIL, 2007).

No estado do Paraná é garantida a gratuidade no transporte coletivo intermunicipal para pessoas com agravos crônicos que necessitam de acompanhamento contínuo. Porém, para adquiri-la, a renda bruta *per capita* não pode exceder a dois salários mínimos (PARANÁ, 2015). Alguns municípios também

concedem a isenção de tarifa no transporte público urbano às pessoas com deficiência e baixa renda (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 1995).

5 | CONCLUSÃO

A dependência física influencia no processo de inserção e adaptação social da criança e adolescente na sociedade, não se limita aos cuidados as necessidades básicas à pessoa. A família busca se adaptar a situação para atender as demandas impostas pela doença. Estas mudanças envolvem a alteração laboral, que associado aos custos terapêuticos, gera impacto negativo na renda familiar. Os benefícios sociais e assistenciais, embora complementem a renda e ofereçam suporte à saúde, não são suficientes frente às demandas de cuidado infantis e juvenis. Deste modo, reitera-se a necessidade de rever políticas públicas que assegurem apoio às famílias nas condições investigadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. C. S. et al. **Paralisia Cerebral: impacto no cotidiano familiar**. R Bras Ci Saúde, v. 19, n. 3, p. 171-8, 2015.

BIANCHINI N. C. P, SOUZA LAP. **Autismo e comorbidades: achados atuais e futuras direções de pesquisa**. Distúrb Comum, São Paulo, v. 26 n. 3, p. 624-626, 2014.

BOYLE, C. A. et al. **Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997–2008**. Pediatrics, v. 127, n. 6, p. 1034-1042, June. 2011.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 12.470, de 31 de Agosto de 2011. Altera os arts. 21 e 24 da Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social**. 2011.

BRASIL. **Decreto nº 6.214, de 26 de Setembro de 2007**. Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793. De 24 de abril. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2012.

CHIANG, K-L.; CHENG, C-H. **Prevalence and neuro-psychiatric comorbidities of pediatric epilepsy in Taiwan: A national population-based study**. Epilepsy Research.v. 108, n. 8, 2014.

FERREIRA, E. C. V. **Prevalência de autismo em Santa Catarina: uma visão epidemiológica contribuindo para a inclusão social**. Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado em Saúde Pública. 2008.

FRANK-BRIGGS, A. I.; ALIKOR, E. A. D. **Pattern of Paediatric Neurological Disorders in Port Harcourt, Nigeria**. Int J BiomedSci, v. 7, n. 2, 2011.

GUIMARÃES, C. L. et al. **Aspectos clínicos epidemiológicos de crianças com paralisia cerebral**

assistidas pela clínica escola de Fisioterapia UNIP-São José dos Campos. J Health Sci Inst. v. 32, n. 3, p. 281-5, 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: **ciclos de vida**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 páginas.

JOHNSTON, M. V. **Encefalopatias.** In: Nelson. **Tratado de Pediatria.** 17 ed. Volume 2. Rio de Janeiro: Elsevier editoraLtda, 2005.

KAMATH, S. et al. **Extracurricular participation among children with epilepsy in Canada.** Epilepsy&Behavior, v. 56, p. 118-22, 2016.

KUO, D. Z. et al. **A National Profile of Caregiver Challenges of More-Complex Children with Special Health Care Needs.** Arch Pediat rAdolesc Med., v. 165, n. 11, p. 1020-26, 2011.

LEUNG, G. P. K. et al. **Determinants of activity and participation in preschoolers with developmental delay.** Reasearch in Development Disabilities, v. 32, n. 1, p. 289-96, 2011.

MATOS FREITAS, E. et al. **Percepção dos pais em relação à inclusão de crianças com Necessidades Educativas Especiais no ensino regular.** Revista Educação Especial, v. 28, n. 52, p. 443-57, 2015.

MELO, F. L. V.; FERREIRA, C. C. A. **O cuidar do aluno com deficiência física na educação infantil sob a ótica das professoras.** Rev Bras Ed Esp., v. 15, n. 1, p. 121-40, 2009.

MINATEL, M. M.; MATSUKURA, T. S. **Famílias de crianças e adolescentes com autismo:cotidiano e realidade de cuidados em diferentes etapas do desenvolvimento.** Rev Ter OcupUniv São Paulo, v. 25, n. 2, p.126-34, 2014.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. **Atención a las personas em situación de dependência em España.** Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 19-92, 2005.

MOHAMED, I. N.; ELSEED, M. A.; HAMED, A. A. **Clinical Profile of Pediatric Neurological Disorders: Outpatient Department, Khartoum, Sudan.** Child Neurology Open, v. 3, p. 1-5, 2016.

MORAIS, F. A. F.; VIANA, K. A. L. **Avaliação das atividades de vida diária de crianças com encefalopatia crônica não progressiva na infância.** Monografia. Universidade São Francisco. Bragança Paulista (SP), 2012.

MOURÃO, L. M. C.; ARAÚJO, A. **Capacidade do autocuidado de crianças com paralisia cerebral atendidas em um centro de referência.** E. Enfer. Cent. O. Min., v. 1, n. 3, p. 368-376, 2011.

PARANÁ. **Casa Civil do Governo do Estado do Paraná. Lei 18,419 de 7 de Janeiro de 2015.** Casa Civil, Sistema Estadual de Legislação. 2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Lei nº 8.623, de 28 de Abril de 1995. Dispõe sobre a gratuidade do service de transporte coletivo urbano às pessoas carentes portadoras de deficiências.** 1995.

RÉZIO, G. S.; CUNHA, J. O. V.; FORMIGA, C. K. M. R. **Estudo da independência funcional, motricidade e inserção escolar de crianças com paralisia cerebral.** Rev Ed Esp., v. 18, n. 4, p. 601-14, 2012.

SANTOS, L. H. C. et al. **Inclusão escolar de crianças e adolescentes com paralisia cerebral: esta é uma realidade possível para todas elas em nossos dias?** Rev Paul Pediatr, v. 29. N. 3, p. 314-9, 2011.

SCHIARITI, V. et al. **'He does not see himself as being different': the perspectives of children and caregivers on relevant areas of functioning in cerebral palsy.** *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 56, n. 9, p. 853-61, 2014.

TELES, M.F.; Reserque, R.; Puccini, R.F. **Necessidades de assistência à criança com deficiência - Uso do PEDI.** *Revista Paul Pediatrica*. 2016.

TÔRRES, A. K. V. et al. **Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade do Recife.** *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v. 11, n. 4, p. 427-36, 2011.

WIRRELL, E. C. et al. **Incidence and Classification of New-Onset Epilepsy and Epilepsy Syndromes in Children in Olmsted County, Minnesota from 1980–2004: A population-based study.** *Epilepsy Res.*, v. 95, n. 1-2, p. 110-18, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neurological Disorders public health challenges.** 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731.** Geneva: WHO, 1986.

EFETIVAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE A PRÁTICA E A FORMAÇÃO

Data de aceite: 27/11/2019

Pâmela Silva George

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC)
Niterói- RJ

Donizete Vago Daher

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC)
Niterói- RJ

Emília Gallindo Cursino

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC)
Niterói- RJ

Adriana Teixeira Reis

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem Rio de Janeiro- RJ

RESUMO: **Objetivo:** Compreender a efetivação da linha de cuidado integral à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família e suas interfaces entre a prática e a formação.

Métodos: Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, do tipo estudo de caso, realizada com observação e entrevistas com profissionais médicos e enfermeiros. Analisaram-se os dados a partir de análise temática de conteúdo.

Resultados: Três categorias foram geradas: Fragilidade da formação acadêmica frente à temática saúde da criança na Estratégia Saúde

da Família; Desconexão entre teoria e prática frente ao cuidado à saúde da criança; Entre muitos limites e algumas possibilidades na efetivação de práticas integrais. **Conclusão:** Tornam-se necessárias ações de educação permanente para qualificação das práticas, assim como a ampliação das discussões sobre o tema na formação acadêmica.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado da Criança. Estratégia Saúde da Família. Saúde da Criança. Formação profissional. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

EFFECTIVENESS OF THE CHILD HEALTH CARE LINE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: BETWEEN PRACTICE AND TRAINING

ABSTRACT: Objective: To understand the implementation of the integral line of child health care in the Family Health Strategy and its interfaces between practice and training. **Methods:** Qualitative, descriptive and exploratory case study, conducted with observation and interviews with medical professionals and nurses. Data were analyzed from thematic content analysis. **Results:** Three categories were generated: Fragility of

academic formation regarding the theme child health in the Family Health Strategy; Disconnection between theory and practice regarding child health care; Between many limits and some possibilities in the realization of integral practices. **Conclusion:** Permanent education actions are necessary for the qualification of the practices, as well as the expansion of the discussions on the subject in the academic formation.

KEYWORDS: Child Care. Family Health Strategy. Children's Health. Professional qualification. Training of Human Resources in Health.

1 | INTRODUÇÃO

O cenário de assistência à saúde da criança no Brasil tem passado por transformações e está em processo de reorientação. Tenta-se, assim, investir num modelo mais inclusivo, onde as famílias são convidadas a participarem mais ativamente e sob a perspectiva da integralidade do cuidado. Esta mudança se ancora no fato de persistirem lacunas no cuidado à criança, nas relações organizacionais e administrativas, no fortalecimento das políticas públicas, no modelo de processo de trabalho, no processo continuado de educação em saúde e na formação dos recursos humanos (ARAUJO et al., 2014).

No Brasil, os Ministérios da Saúde e da Educação visando melhorias da assistência à saúde da população, reorientaram o modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), passando a enfatizar a Atenção Primária de Saúde como um dos importantes espaços para a formação de profissionais. Políticas públicas diferenciadas emergiram no intuito de atender às necessidades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos seguimentos etários: crianças, mulheres e idosos, requerendo, assim, formação que atenda às especificidades destes grupos.

A atenção à saúde da criança representa um marco que fortalece a ótica da integralidade do cuidado. Mostra-se como um passo importante para o reconhecimento dos direitos da criança. A compreensão do desenvolvimento das ações de prevenção e de assistência a agravos, com objetivos para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança (SORATTO et al., 2015).

Diante do atual cenário de assistência à saúde da criança, elegemos como questão deste estudo: Os profissionais que atendem crianças no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm formação que os instrumentalizem para a efetivação da linha de cuidado integral a este grupo?

O SUS preconiza a rede de cuidados à criança de forma universal. Para tal, perpassa pela rede de assistência que permite ofertar à população uma atenção continuada por meio do serviço de saúde, percebendo o usuário como um sujeito

com suas próprias subjetividades (COSTA et al., 2013).

No cenário da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi possível evidenciar que as ações hoje definidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) implicam em transformações profundas na prática e na formação dos profissionais de saúde.

Com base no exposto, objetiva-se compreender a efetivação da linha de cuidado integral à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família (ESF) e as interfaces entre a prática e a formação profissional.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado entre os anos de 2016 e 2017, no Município do Rio de Janeiro – RJ. Os treze (13) participantes foram profissionais de saúde (médico e enfermeiro), atuantes há mais de seis meses em uma das oito equipes de ESF, com práticas realizadas diretamente na linha de cuidado integral à criança. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou licença no período de realização do trabalho de campo. Todos os quesitos éticos foram atendidos.

A pesquisa foi aprovada em dois Comitês de Ética, e obteve aprovação de ambos sob os pareceres números 1.922.876 e 2.054.266, respectivamente. Todas as diretrizes da Resolução 510/16 foram atendidas.

Para a garantia do anonimato dos participantes foram utilizadas as siglas PM (Profissional Médico) e PE (Profissional Enfermeiro), seguidas de número arábico (1, 2, 3,...) de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Para a apreensão dos dados, utilizou-se a observação não participante, através de um guia construído pelas pesquisadoras e de entrevista semiestruturada, com questões abertas para apreensão das percepções e experiências dos entrevistados, abordando questões relacionadas à implementação de ações e estratégias da assistência integral à criança. Utilizou-se a análise temática para compreensão dos depoimentos. Ao final, foram construídas a partir dos dados de três categorias.

3 | RESULTADOS

Os participantes foram profissionais de saúde: sete médicos e seis enfermeiros. A faixa etária variou de 25 a 47 anos, com média de 35 anos, revelando serem profissionais jovens, com tempo de formação entre 1 ano e 16 anos.

Quanto ao sexo dos entrevistados, oito (61,5%), eram do sexo feminino e cinco (38,5%), do sexo masculino, demonstrando que o perfil dos profissionais atuantes

na ESF é, na sua maioria, de mulheres, principalmente no campo da Enfermagem, com idades de 23 a 55 anos de idade (BRASIL, 2000).

Sobre a formação acadêmica, evidenciou-se que onze dos treze entrevistados se formaram em instituições privadas de ensino. Desse total, oito possuíam pós-graduação, e apenas dois tinham formação para atuarem na Atenção Primária de Saúde. Não houve, contudo, nenhum entrevistado que tivesse participado da modalidade de residência ou especialização em saúde da família. Já em relação à pós-graduação, comparando os resultados da nossa pesquisa com os resultados do Ministério da Saúde, 2000, segundo os quais apenas 39,53% dos médicos apresentavam especialização e 37,16% concluíram residência médica, constatamos um grau de especialização dos profissionais semelhante ao panorama nacional: 3 (43%) dos médicos tinham especialização, e nenhum apresentava residência médica. No total, 4 (57%) dos médicos não tinham nenhum tipo de especialização.

Quanto ao perfil de especialização dos enfermeiros, 5 (83%) tinham curso de especialização em diferentes áreas. Ao compararmos com a pesquisa do MS do ano 2000, que encontrou apenas 5,5% dos enfermeiros especializados no panorama nacional da Atenção Básica em Saúde (ABS), notamos um alto grau de especialização dos enfermeiros entrevistados. Apenas 1 enfermeiro (17%) não possuía qualquer tipo de especialização ou residência.

Percebe-se que várias são as dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho pelos profissionais das unidades de saúde da família, geradas, por exemplo, pela rápida expansão das equipes, conforme ressaltam Siqueira; Gaiva, 2013. Por exemplo, nota-se que o perfil dos profissionais que atuam na ESF é dispare e que os avanços na ESF se deram muito rapidamente. Esses fatos, porém, não determinaram nem a mudança na formação dos profissionais, nem a institucionalização do processo de educação permanente.

Um depoente PE8 possuía especialização em gestão em ESF, que se difere da especialização em ESF. A pós-graduação em gestão tem o objetivo de formar um profissional capaz de desenvolver competências gerenciais. Já a especialização em saúde da família tem o objetivo de capacitar o profissional para compreender, planejar, executar e avaliar ações a usuários e famílias (ENGSTROM et al., 2016).

O tempo de atuação dos entrevistados na ESF variou de 8 meses a 15 anos; a maioria dos participantes, no entanto, tinha mais de um ano de trabalho. Esse é um dado importante, pois demonstra que os profissionais devem possuir experiência e conhecimento de fluxos e protocolos para melhor atenderem às crianças, considerando, portanto, a sua singularidade.

Dentre os médicos, 86% tinham até três anos de trabalho e 43%, menos de um ano. Semelhante pesquisa foi realizada pelo Ministério da Saúde (2000), e não houve significativa mudança nesse perfil que antes era de 42,6%. Isso demonstra

que persiste uma alta rotatividade desses profissionais na ESF, o que compromete o processo de trabalho, a efetivação do seguimento do cuidado integral a criança e fragilização do vínculo do profissional.

Quanto ao tempo de formação de enfermeiros que atuam na ABS, este é similar ao tempo de atuação na ESF. Isso demonstra que esses profissionais ao se formarem inseriram-se, imediatamente, na ESF. Dentre os enfermeiros 17% tinham até três anos de atuação sendo, a grande maioria, 83%, com mais de três anos de atuação. Essa categoria profissional apresenta um maior tempo de trabalho nesse nível de atenção e este percentual está em crescimento, em consonância com pesquisa realizada pelo MS (2000), que mostra um percentual de 44% de enfermeiros atuantes há menos de um ano na ESF.

4 | DISCUSSÃO

A análise temática possibilitou gerar duas categorias: Fragilidade da formação acadêmica frente à temática saúde da criança na ESF e Entre muitos limites e algumas possibilidades na efetivação de práticas integrais.

4.1 Fragilidade da formação acadêmica frente à temática saúde da criança na ESF

Os participantes foram indagados acerca da sua formação profissional, eles levantaram questões sobre o seu despreparo para atuar diante das singularidades que as crianças que acessam a APS demandam. Para alguns entrevistados, a formação foi bastante genérica no que tange à saúde da criança. Um dos profissionais destacou, por exemplo:

[...] não tive nada na minha formação referente à saúde da criança em AB ou ESF, só um pouco de hospital (PM7).

Assim, percebemos que os conteúdos referentes aos cuidados à criança, durante a formação, além de serem reduzidos, focam no modelo biomédico de assistência, privilegiando os cuidados no âmbito hospitalar, sumarizando os conteúdos que subsidiarão as práticas no âmbito da Atenção Primária a Saúde. Outro entrevistado afirmou ainda que:

[...] relacionado à atenção básica em saúde da criança, ou para atuar na ESF não tivemos nada. Apenas o que se aproximou um pouco foram as atuações no ambulatório que a gente fazia [...]. Era basicamente isso, por dois meses no primeiro ano e por dois meses no quinto ano. Depois eram sempre conteúdos para criança internada em hospital (PM2).

A grande maioria dos entrevistados, 10 entre os 13, relatou que em sua formação acadêmica os conteúdos relacionados à linha de cuidado à criança na

ESF foram muito frágeis, o que hoje repercute nas suas práticas profissionais, fato gerador de insegurança e dependência de outros profissionais. Constata-se, assim, que não foram implementadas as mudanças sugeridas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) socializadas em 2001 e 2014, dado que todos os participantes são egressos pós implantação das DCNs (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

Adespite de tentativas de mudança ainda temos hoje modalidades de formação de profissionais de saúde baseadas exclusivamente em processos de adoecimento, mesmo quando afirmam estarem trabalhando com a saúde (CURSINO; FUJIMORI e GAÍVA, 2014). Nota-se, pois, que são limitados determinados conteúdos, por exemplo, os relacionados aos determinantes sociais de saúde, sobre territorialidade e o cuidado integral a criança associado ao contexto social e familiar, como se comprova no depoimento:

[...] em relação à saúde da criança na atenção básica ou na ESF a gente teve muito pouco, focado quase sempre nas doenças transmissíveis, das doenças diarreicas, gripais. Hoje motivo de insegurança (PE1).

Apesar de alguns esforços e avanços, no Brasil os saberes do campo da Pediatria ainda centram a atenção exclusivamente no indivíduo e na patologia, com ênfase à criança hospitalizada. Aponta-se como imprescindível e premente a reorientação da formação dos profissionais, seja no âmbito acadêmico, seja nos serviços por meio de ações de educação permanente, tendo como norte a integralidade das práticas. Contudo, identifica-se ser este um grande desafio (SILVA et al.; 2015).

4.2 Entre muitos limites e algumas possibilidades na efetivação de práticas integrais

A totalidade dos entrevistados foi unânime ao relatar que a estrutura física da unidade nos moldes de Clínica da Família (CF) é um fator muito positivo para o atendimento às diferentes demandas dos usuários. O entrevistado PM11, por exemplo, relata que:

[...] potencialidade neste modelo de CF é a estrutura física, que é adequada para atender a criança e a família, com consultório bem equipado e equipe coesa.

A estrutura física da Clínica da Família (CF) possibilita um cuidado integral e bastante resolutivo sendo composta por elementos essenciais ao atendimento dos usuários (incluindo a criança) e, portanto, ao trabalho dos profissionais, com consultórios equipados com computador, ar condicionado, balanças, régua de medição e macas, além de instrumentos que auxiliam no diagnóstico, como otoscópio, estetoscópio, esfigmomanômetro e oftalmoscópio. Esses dados se confirmam no depoimento do entrevistado PE1:

[...] em relação à estrutura física, nós temos disponíveis materiais diversos, um consultório que dá um suporte para atender e avaliar a criança e a família. Entendo isso como uma potencialidade.

É inegável a distinção entre a estrutura física de unidades de Atenção Básica e aquela proposta para as CF, considerando: a área física; o mobiliário; a presença de ar condicionado; a sinalização interna e externa das unidades; a existência de equipamentos de informática; o acesso à internet de banda larga; a organização do território, com mapas digitalizados e os insumos, essenciais à prática clínica. Além disso, autores destacam que esta diferenciada infraestrutura é condição essencial para a garantia da qualidade da assistência em saúde (HARZHEIM; MARGARITES e HAUSER, 2013).

Embora a maior potencialidade para a efetivação das práticas tenha sido apontada como a estrutura física, seis dos entrevistados (PE1, PE6, PE8, PM9, PM12, PE13), destacaram como positivo o compartilhamento de conhecimentos e experiências entre os profissionais da ESF, fundamentais para a eficácia do cuidado integral à saúde da criança, principalmente quando surgem questões complexas de crianças com necessidades especiais:

[...] qualquer dúvida no manejo de uma criança eu acesso as enfermeiras especialistas e discuto em conjunto as melhores opções de tratamento. [Isso está reforçado pelo depoimento]: [...] em situações especiais que eu já passei com crianças eu tive que solicitar ajuda para outros colegas com mais experiência. (PE1).

Os diferentes profissionais que atuam na ESF detêm uma cultura de trabalho singular: refere-se ao comum ato de compartilhar as práticas e os conhecimentos. Nesse sentido, entendem conhecimento como um processo reflexivo de construção e reconstrução, que possibilita a formação coletiva e complementar do saber, possibilitando um melhor atendimento das diversas e complexas necessidades da assistência à população infantil (ELLERY; PONTES e LOIOLA, 2013)

Entretanto, há significativas limitações, e elas foram destacadas nos depoimentos. Comprovou-se, entre outros, a ausência de um profissional especialista em Pediatria no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), para atendimento nos casos complexos de crianças com necessidades especiais. Esse fato foi destacado por PM3, PE4, PE5, PE6 e PM7:

[...] não me sinto apoiado pelo profissional especialista [pediatra] do NASF em consultas relacionados à saúde da criança com necessidades especiais. Se tivesse um pediatra, iria ajudar e muito. Na verdade hoje em dia as trocas de saberes e retirada de dúvidas acontece entre os colegas de trabalho [...]. Eu não tive formação para isso, entendeu? (PM7).

Na literatura também é possível identificar que a ausência de alguns profissionais especialistas no âmbito do NASF, como o pediatra, para a realização da interconsulta de crianças vulneráveis, compromete a integralidade do cuidado,

o olhar diferenciado diante da singularidade que essa população necessita, prejudicando, assim, o atendimento holístico (MARTINIANO et al., 2013).

Outros entraves relatados pelos depoentes (mais especificamente, PM2, PE4, PE5, PE6, PM7, PE8, PM12, PE13) foram: consultas não programadas, sobrecarregando os profissionais, ocasionando a redução do tempo de cada consulta; a sobreposição de agendas; e a multiplicidade de atribuições dos profissionais dentro da estrutura da CF.

Ações já bastante analisadas como o grande volume de atendimento gerado pela prática de oferta via demanda espontânea e o cuidado focado em ações biomédicas (diagnóstico e medicalização em detrimento de ações de promoção a saúde) são, ainda, realidades cotidianas recorrentes e trabalhadas em estudos (SILVA e FRACOLLI, 2016).

Assim, comprova-se que mesmo que a ESF institua diretrizes voltadas para a assistência integral à saúde da criança, com ênfase na promoção e prevenção de doenças, ainda há muitas limitações organizacionais que implicam na fragmentação da assistência à criança e família.

A ausência de uma rede de assistência que funcione e seja resolutiva para se alcançar a integralidade do atendimento à criança foi destacada nos depoimentos de PM7, PE13 e PE4, exemplificado abaixo:

A rede de assistência é muito morosa, tanto no agendamento quanto nos encaminhamentos posteriores. E é comum ouvirmos: a, h, doutora, a consulta é para um lugar muito longe? Porque se for para longe eu não tenho condições de ir (PM7).

Mesmo havendo alguns avanços na assistência e no sistema de referência e contra-referência, a Atenção Básica ao ser entendida como porta de entrada para o SUS apresenta deficiência da rede de referência, comprometendo a integralidade da assistência à criança; fato que se estende até os dias atuais (CURSINO e FUJIMORI, 2012).

A grande vulnerabilidade do território adscrito é outra importante dificuldade enfrentada pelos profissionais. Nesse sentido, é necessário unir esforços por meio de uma rede de assistência sólida e efetiva, na tentativa de atuar em situações que vão além do fazer dos profissionais de saúde, individualmente. Atuar na ESF, diante de tantas vulnerabilidades sociais e de saúde talvez essa seja um desafio dos maiores (AYRES et al.; 2011 e OVIEDO e CZERESNIA, 2015).

É importante reafirmar que a assistência à criança com suas singularidades é uma prática que deveria estar presente tanto na formação acadêmica como em atualizações por via de educação permanente. Diante desse contexto, a capacitação em serviço deveria ser uma ferramenta acessada de forma sistemática, buscando suprir as lacunas existentes. A capacitação teórico-prática e a supervisão da

educação continuada das equipes da Atenção Básica são primordiais para a plena atuação dos profissionais no cuidado à população infantil (MEDEIROS, 2015).

Outra limitação referenciada diz respeito ao manejo do prontuário eletrônico. Os depoentes PE8, PM11 e PE13 indicaram que, atualmente, essa é uma ferramenta que não beneficia a prática do profissional devido ao tempo demandado para o seu preenchimento e à morosidade do sistema operacional. Contudo, PE13 destaca que, caso haja mudanças, o prontuário eletrônico poderá ser utilizado como um instrumento de apoio às ações desempenhadas em relação ao cuidado à criança, em especial quando se trata de bebês de alto risco, aqueles que trazem ainda mais insegurança no seu manejo e que hoje representam número expressivo na ESF.

Um aspecto relevante destacado quanto às limitações refere-se à baixa percepção dos profissionais sobre a importância da inserção do familiar no processo de cuidar. A integração do familiar no cuidado com a criança permite que se compartilhe o cuidado e que se proporcionem espaços de escuta qualificada (SILVA et al.; 2015). Entre os entrevistados, essa extensão do cuidado compartilhado foi expressa por PM11, ao relatar uma situação na qual foi necessário explicar não apenas para a mãe, mas também para outro familiar, sobre a importância da amamentação materna exclusiva:

[...] outra limitação seria o grau de instrução das mães para o cuidado à criança. Por exemplo, na orientação à amamentação isto acontece muito. Ainda se tem resistência para a amamentação exclusiva, e aí elas inserem o chá. (PM11).

A importância da instituição do vínculo entre a equipe e os familiares também é ressaltada na literatura, referenciando situações específicas de ‘maternagem’, afirmando que é necessário iniciar aproximações progressivas e que cabe à equipe de saúde compreender os mecanismos de um vínculo saudável entre mãe, filho e demais familiares (REIS e SANTOS, 2013).

Não se pode esquecer ou minimizar que o cuidado à criança é uma ação construída por meio de muitas e múltiplas variáveis. Enfatiza-se que o cuidar da criança na ABS/ESF vai além: para se alcançar o cuidado singular infantil é preciso promover escuta atenta, vínculo, diálogo, mas também a responsabilização dos familiares, implicados ativamente neste processo (SILVA et al, 2015).

5 | CONCLUSÃO

A partir do conjunto dos depoimentos dos profissionais entrevistados e da apreensão dos dados por meio de dois instrumentos, foi possível compreender as potencialidades e as dificuldades referidas por esses profissionais na operacionalização da linha de cuidado integral à criança e o quanto a formação deixa lacunas neste processo.

Ao evidenciar a realidade desses profissionais, o estudo destacou as dificuldades e os êxitos vivenciados, por meio de uma escuta atenta que visou fornecer subsídios para uma prática mais sensível e resolutiva, sob a perspectiva da integralidade. Portanto, os resultados deste estudo indicam aos profissionais a relevância de perpetuarem na luta por um cuidado integral e singular no que tange à saúde da criança.

Destacamos, ainda, a contribuição desta pesquisa ao defender a necessidade de se incorporar conteúdos relativos ao tema analisado na formação acadêmica dos profissionais, bem como de se evidenciar a demanda de ações de capacitação pelos serviços aos profissionais envolvidos no cuidado à criança. Almejamos, pois, contribuir com a integralidade do cuidado e com a melhoria da qualidade da assistência.

Sinalizamos, por fim, a necessidade de se realizar novas pesquisas sobre esta temática, com o intuito de aprofundar e desdobrar o conhecimento que almeje a prestação de assistência baseada em evidências da prática clínica, no que tange à assistência integral à criança, ou seja, na sua forma holística frente à prevenção de agravos, da promoção da saúde e da reabilitação.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J.P.; SILVA, R.M.M.; COLLET, N.; NEVES, E.T.; TOSO, B.R.G.O.; VIERA, C.S. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014 Nov/Dec; 67(6):1000-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>. Acesso em: 08/05/2016.

AYRES, J.R.C.M.; JUNIOR, I.F.; CALAZANS, G.J.; FILHO, H.C.S. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.; organizadores. Promoção da Saúde conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. **Perfil dos médicos e enfermeiros do programa de saúde da família no Brasil**. Brasil e Grandes Regiões. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL, Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 9 nov 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 06/06/2017.

BRASIL, Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina**. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 23 jun 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 06/06/2017.

COSTA, S.; PRADO, M.; ANDRADE, T.; ARAÚJO, E.; SILVA-JUNIOR, W.; GOMES-FILHO, Z. et al. **Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros**. Minas Gerais, Brasil. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2013 Apr/Jun; 8(27):90-6. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/530/552>. Acesso em: 22/07/2017.

CURSINO, E.G.; FUJIMORI, E. **Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica.** Revista de enfermagem. UERJ. 2012 Dec; 20(esp1):676-80. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5969/5368>. Acesso em: 10/07/2016.

CURSINO, E.G.; FUJIMORI, E.; GAÍVA, M.A.M. **Comprehensiveness in child healthcare teaching in Undergraduate Nursing: perspective of teachers.** Rev. Esc. Enferm. USP. 2014 Feb; 48(1):110-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/0080-6234-reeusp-48-01-110.pdf>. Acesso em: 15/11/2017.

ELLERY, A.E.L.; PONTES, R.J.S.; LOIOLA, F.A. **Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção.** Rio de Janeiro. 2013; 23(2):415-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a06.pdf>. Acesso em: 13/03/2017.

ENGSTROM, E.M.; MOTTA, J.I.; VENÂNCIO, S.A. **Training of professionals in post-graduation courses in public health and primary healthcare in the municipality of Rio de Janeiro.** Brazil. Ciência. Saúde Coletiva. 2016 May; 21(5):1461-1470. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en_1413-8123-csc-21-05-1461.pdf. Acesso em: 4/06/2017.

HARZHEIM, E.; MARGARITES, K.L.; HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família.** Rio de Janeiro. Porto Alegre; 2013. Disponível em: <http://apsredes.org/pdf/Clinicas-Saude-da-Familia-Rio-de-Janeiro.compressed.pdf>. Acesso em: 03/03/2016.

MARTINIANO, C.S.; SAMPAIO, J.; MAGALHÃES, F.C.; SOUZA, F.F.; MARCOLINO, E.C.; ROCHA, A.M.O. **Review of implementation of the teams of nuclei of support for family health.** Rev. enferm. UFPE. 2013 Jan; 7(1):53-61. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10203/10768>. Acesso em: 24/01/2017.

MEDEIROS, L.C.M. **Educação permanente como instrumento de mudança na rede de atenção à saúde com foco na Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência.** Revista Ciência. Plural. 2015 Apr; 1(1):65-74. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7325>. Acesso em: 12/12/2017.

OVIEDO, R.A.; CZERESNIA, D. **O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial.** Interface, Botucatu. 2015; 19(53):237-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807576220140436.pdf>. Acesso em: 23/09/2017.

REIS, A.T.; SANTOS, R.S. **Maternagem ao recém-nascido cirúrgico: bases para a assistência de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2013 Jan/Feb; 66(1):110-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a17.pdf>. Acesso em: 23/06/2016.

SILVA, A.S.; FRACOLLI, L.A. **Evaluating child care in the Family Health Strategy.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2016 Jan/Feb; 69(1):54-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>. Acesso em: 01/02/2017.

SILVA, C.G.; SANTOS, M.M.; SAMPAIO, L.M.B.; PEREIRA, F.E.L.; MAIA, P.C.G.G.S.; SOUSA, M.N.A. **Assistência à criança na Atenção Primária à Saúde: uma avaliação qualitativa.** Revista Interdisciplinar em Saúde. 2015 Jul/Sep; 2(3):265-276. Disponível em: http://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_5/Trabalho_01.pdf. Acesso em: 30/05/2016.

SIQUEIRA, V.C.A.; GAIVA, M.A.M. **O preparo dos profissionais de saúde da família para o trabalho: A lacuna entre a formação e a prática profissional.** Connection Line. 2013; 10:33-48. Disponível em: <http://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/45/413>. Acesso em: 05/10/2016.

SORATTO, J.; PIRES, D.E.P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. **Family Health Strategy: a technological innovation in health**. *Texto Contexto Enfermagem*. 2015 Apr/Jun; 24(2): 584-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>. Acesso em: 30/10/2016

FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDADE DO ESCORPIONISMO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Data de aceite: 27/11/2019

Caio Santos Limeira

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia –
UESB.
Jequié, Bahia, Brasil.

Adriana Alves Nery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-
UESB.
Jequié, Bahia, Brasil.

Cezar Augusto Casotti

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-
UESB
Jequié, Bahia, Brasil.

Érica Assunção Carmo

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia –
UESB.
Jequié, Bahia, Brasil.

RESUMO: Objetivo: analisar fatores associados à gravidade do escorpionismo em crianças e adolescentes. Métodos: estudo transversal realizado com dados das fichas do SINAN, no município de Jequié-BA. Para a verificação dos fatores associados à gravidade, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. Resultados: verificou-se incidência de 23,2% de escorpionismo envolvendo crianças e adolescentes no município de Jequié/BA. A gravidade dos casos

mostrou-se associada as variáveis: faixa etária ($p < 0,001$), escolaridade ($p < 0,001$), local da picada ($p < 0,049$), manifestações sistêmicas ($p < 0,001$), soroterapia ($p < 0,001$) e evolução do caso ($p < 0,011$). Conclusão: observou-se associação entre a gravidade do escorpionismo em crianças e adolescentes, principalmente na faixa etária de 0 a 5 anos, revelando a necessidade de ações de prevenção e controle mais assertivas.

PALAVRAS-CHAVE: Escorpiões; Incidência; Criança; Adolescente; Gravidade do Paciente.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE GRAVITY OF SCORPISISM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

ABSTRACT: Objective: to analyze factors associated with the severity of scorpionism in children and adolescents. Methods: a cross-sectional study carried out with data from SINAN files, in the municipality of Jequié-BA. Pearson's chi-square test was used to verify the factors associated with severity. Results: There was a 23.2% incidence of children and adolescents in the municipality of Jequié/BA. The association of severity of scorpionism with variables age range ($p < 0.001$), schooling ($p < 0.001$), location of the sting ($p < 0.049$), systemic manifestations

($p < 0.001$), serum therapy ($p < 0.001$) and evolution of the case ($p < 0.011$). Conclusion: there was an association between severe cases of scorpionism in children and adolescents, especially in the age group 0 to 5 years, revealing the need for more assertive prevention and control actions.

KEYWORDS: Scorpions; Incidence; Child; Adolescent; Patient Acuity.

1 | INTRODUÇÃO

Os escorpiões são animais pertencentes ao filo Artropoda, classe Arachnida e ordem Scorpiones. Estes artrópodes apresentam hábitos noturnos e solitários, podendo permanecer estáticos por um longo período. Durante o dia, escondem-se sob pedras, madeiras empilhadas e entulhos (RECKZIEGEL; PINTO, 2014; CARVALHO; ASSIS, 2016).

O escorpionismo é um problema de saúde pública em todo o mundo, especialmente em regiões tropicais e subtropicais, por conta da sua elevada frequência e potencial gravidade dos casos, que por vezes pode ser fatal (CARVALHO; ASSIS, 2016; CHIPPAUX, 2015).

No Brasil, quatro espécies de escorpiões do gênero *Tityus* são de importância médica: *Tityus stigmurus*, *T. bahiensis*, *T. paraensis* e *T. serrulatus*, sendo o último, o principal responsável pelos casos mais graves, evidenciando uma alta taxa de mortalidade e letalidade, principalmente em crianças (AL ASMARI et al, 2012; FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2015).

No ano de 2016, em todo território brasileiro, foram registrados 173.630 acidentes por animais peçonhentos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), destes 52,5% foram causados por escorpiões. No mesmo ano, do total dos acidentes escorpiônicos 12,37% foram notificados na Unidade Federativa de Minas Gerais, seguido por São Paulo, Pernambuco, Bahia e Alagoas, locais onde existe maior disseminação da espécie *Tityus serrulatus* (BRASIL, 2018; BRAZIL; PORTO, 2010).

Observa-se que as picadas de escorpião destacam-se entre os acidentes com animais peçonhentos na infância, devido às particularidades de vida desses artrópodes, presença em ambientes domésticos e as frequentes exposições das crianças. Além da dor, principal manifestação local, as vítimas podem apresentar náuseas, vômitos, dor abdominal, sialorréia, arritmias cardíacas, hipertensão ou hipotensão, choque, edema agudo de pulmão, tremores e confusão mental (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2015; BRASIL, 2009; ALBUQUERQUE et al, 2013; CHIPPAUX, 2015; SANTOS et al, 2016).

Os acidentes escorpiônicos apresentam uma grande importância clínica, não

apenas pela alta incidência, mas pela alta taxa de mortalidade, especialmente em crianças e idosos. Indivíduos nessas faixas etárias consistem em um grupo de risco, tendo em vista que as crianças possuem baixa massa corporal e sistema imunológico em formação e idosos apresentam imunidade debilitada, acarretando maiores complicações, quando acidentados (CHIPPAUX, 2015; SANTOS et al, 2016).

Diante do exposto, o presente estudo justifica-se pela alta taxa de incidência e de óbitos que são atribuídos ao escorpionismo, sobretudo em crianças e adolescente, além dos custos com hospitalização e tratamento das vítimas, podendo inclusive, contribuir nas ações conjuntas entre a Vigilância Sanitária e Centros de Zoonoses que visem o controle e a prevenção dos acidentes por escorpiões.

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo analisar os fatores associados à gravidade do escorpionismo em crianças e adolescentes.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, acerca dos fatores associados à gravidade do escorpionismo em crianças e adolescentes ocorrido no município de Jequié, Bahia, Brasil.

Para seleção da população do estudo foram considerados como critérios de inclusão, todos os indivíduos de 0 a 19 anos que sofreram acidente escorpiônicos, assistidos pelo Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), no período de 2007 a 2015. Foram excluídos do estudo indivíduos com idade superior a 19 anos e não residentes do município de Jequié/BA.

O HGPV consiste em um hospital referência do interior do estado da Bahia, sendo a única unidade dispensadora de soros anti-peçonhentos no município, sendo por isso, referência em atendimento aos casos de escorpionismo.

Os dados foram coletados das Fichas de Investigação Epidemiológica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, disponibilizadas pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do HGPV. Essas fichas constituem-se documentos legais que abrigam informações referentes às condutas investigativas para acidentes com animais peçonhentos, cuja obrigatoriedade se estabeleceu a partir de 1988 em todo o território nacional (BRASIL, 1976; BRASIL, 2016)

Neste estudo a gravidade dos casos foi considerada como variável dependente. O grau de gravidade dos casos foi classificado pelo profissional de saúde que preencheu a ficha de investigação, sendo para isso, seguidas as recomendações do Ministério da Saúde, que com base nas manifestações clínicas, classificada em: leve (manifestações locais como dor, edema, eritema, sudorese,

parestesia e espasmos); moderado (manifestações sistêmicas como náuseas, vômitos, dor abdominal, taquipneia, bradicardia ou taquicardia, hipertensão arterial leve, sudorese generalizada, agitação, sialorréia, febre e hiperglicemia) e grave (manifestações sistêmicas como vômitos incoercíveis, hiperglicemia, sialorréia, insuficiência cardíaca congestiva, choque, hipertensão grave, edema pulmonar e sintomas neurológicos, como encefalopatia hipertensiva, convulsões e coma) (BRASIL, 2009).

Apesar do uso da pesquisa transversal ser aplicado comumente nos estudos que objetivam a investigação de casos prevalentes, os estudiosos referem ser possível estimar a incidência nos casos, desde que evento apresente início súbito e bem definido, como é o caso dos acidentes escorpiônicos (SANTANA; CUNHA, 2011).

Para análise dos fatores associados, a variável “classificação da gravidade” foi dicotomizada em: graves (que incluiu os casos moderados e graves) e não graves (apenas os casos leves). A junção dos casos moderados aos graves deu-se pela semelhança das manifestações clínicas, bem como pela padronização na comparação com os resultados da literatura disponível.

Como variáveis independentes foram consideradas as características sociodemográficas: sexo (feminino, masculino); faixa etária (0 a 5 anos, 6 a 10 anos, 10 a 19 anos); cor/raça (brancos, não brancos); escolaridade (a partir do ensino médio, ensino fundamental completo, analfabeto); zona de residência (urbana, rural); os aspectos do acidente: zona de ocorrência (urbana, rural); local de ocorrência (via pública, residência/casa de terceiros, fazenda, outros); estações do ano (outono/inverno, primavera/verão); e as características clínicas: tempo até o atendimento hospitalar (< 1 hora, 1 a 3 horas, > 3 horas); local da picada (membros superiores, membros inferiores, outros); manifestações locais (sim, não); manifestações sistêmicas (sim, não); classificação da gravidade (leve, moderado, grave); soroterapia (sim, não) e quantidade de ampolas (até 2 ampolas, > 2 ampolas).

Para análise dos dados, inicialmente, foi realizada a estatística descritiva, por meio dos cálculos das frequências absoluta e relativa. Para a verificação dos fatores associados à gravidade, realizou-se uma comparação proporcional entre os casos graves com aqueles classificados como leve, por meio do teste qui-quadrado de Pearson. Nos casos cuja frequência esperada nas tabelas de contingência foram ≤ 5 , considerou-se o teste exato de Fisher. O nível de significância foi de 5%. Para tabulação e análise estatística, utilizou-se o programa *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob parecer nº 1.376.751/2015.

3 | RESULTADOS

No período de 2007 a 2015 foram notificados 983 casos de escorpionismo envolvendo crianças e adolescentes no município de Jequié/BA.

Na tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas dos acidentados. Observou-se maiores proporções de casos do sexo feminino (50,7%), da faixa etária de 10 a 19 anos (57,0%), de cor/raça não brancas (83,5%) e com ensino fundamental completo (63,9%).

Variáveis	n	%
Sexo (n=981)		
Feminino	497	50,7
Masculino	484	49,3
Faixa etária (em anos) (n=983)		
0 a 5	179	18,2
6 a 10	244	24,8
10 a 19	560	57,0
Cor/Raça (n=800)		
Branca	132	16,5
Não branca	668	83,5
Escolaridade (n=634)		
A partir do ensino médio	103	16,2
Ensino fundamental	405	63,9
Analfabeto	126	19,9
Zona de residência (n=979)		
Urbana	929	94,9
Rural	50	5,1

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos casos de escorpionismo envolvendo crianças e adolescentes. Jequié, Bahia, Brasil, 2007 a 2015.

Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/SINAN/Ministério da Saúde.

Em relação às características do acidente (Tabela 2), notou-se que ocorreram em maior frequência na zona urbana (93,7%), sendo a residência da vítima ou casa de terceiros o principal local de ocorrência (90,7%). Houve atendimento hospitalar em tempo <1 hora em 73,3% dos casos, sendo os membros superiores os seguimentos corporais mais afetados.

No que diz respeito aos aspectos clínicos, evidenciou-se manifestações locais em 96,3% e sistêmicas em 7,5% das notificações realizadas. O uso da soroterapia ocorreu em 37,4% dos casos, dos quais 64,9% utilizaram até duas ampolas de soro antiescorpiônico. Quanto à evolução dos casos, observou-se que 99,7% evoluíram para a cura, apresentando uma taxa de letalidade de 0,3% (Tabela 2).

No que se refere à gravidade dos casos, observou-se que 76,7% foram classificados como leves e 23,3% como de maior gravidade, sendo 20,1% moderados

e 3,2% graves. Em 2,4% dos casos, o grau de gravidade não foi especificado (Tabela 2).

Variáveis	n	%
Zona da ocorrência (n=978)		
Urbana	916	93,7
Rural	62	6,3
Local de ocorrência (n=755)		
Via pública	22	2,9
Residência/Casa de terceiros	685	90,7
Fazenda	18	2,4
Outros	30	4,0
Estações do ano (n=977)		
Outono/inverno	433	44,3
Primavera/verão	544	55,7
Tempo até o atendimento hospitalar (n=875)		
< 1 hora	641	73,3
1 a 3 horas	164	18,7
> 3 horas	70	8,0
Local da picada (n=946)		
Membros superiores	452	47,8
Membros inferiores	402	42,5
Outros	92	9,7
Manifestações locais (n=968)		
Sim	932	96,3
Não	36	3,7
Manifestações sistêmicas (n=879)		
Sim	66	7,5
Não	813	92,5
Classificação da gravidade (n=959)		
Leve	736	76,7
Moderado	192	20,0
Grave	31	3,3
Soroterapia (n=964)		
Sim	361	37,4
Não	603	62,6
Quantidade de ampolas de soro (n=362)		
Até 2 ampolas	235	64,9
> 2 ampolas	127	35,1
Evolução (n=911)		
Cura	908	99,7
Óbito	03	0,3

Tabela 2- Descrição dos casos de escorpionismo, segundo características do acidente e aspectos clínicos das vítimas. Jequié, Bahia, Brasil, 2007 a 2015.

Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/SINAN/Ministério da Saúde.

A tabela 3 apresenta a associação entre a gravidade do escorpionismo em

crianças e adolescentes e as características sociodemográficas. Identificou-se associação da gravidade do escorpionismo com as variáveis faixa etária ($p < 0,001$) e escolaridade ($p < 0,001$), sendo evidenciado que quanto menor a idade e a escolaridade, maior a probabilidade dos casos serem graves.

Variáveis	Categoria	Gravidade				Valor de p
		Não grave		Grave		
		n	%	n	%	
Sexo	Feminino	378	77,9	107	22,1	0,399*
	Masculino	357	75,6	115	24,4	
Faixa etária (em anos)	0 a 5	89	50,9	86	49,1	<0,001*
	6 a 10	159	66,3	81	33,8	
	11 a 19	488	89,7	56	10,3	
Cor/Raça	Branca	92	70,2	39	28,8	0,080*
	Não branca	506	77,4	148	22,6	
	A partir do ensino médio	95	95,0	5	5,0	
Escolaridade	Ensino fundamental completo	331	83,4	66	16,6	<0,001*
	Analfabeto	61	48,8	64	51,2	
Zona de residência	Urbana	697	76,8	210	23,2	0,768*
	Rural	36	75,0	12	25,0	

Tabela 3 - Análise dos fatores sociodemográficos com a gravidade do escorpionismo em crianças e adolescentes. Jequié, Bahia, Brasil, 2007 a 2015.

Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/SINAN/Ministério da Saúde.

Quanto os aspectos clínicos e do acidente, a gravidade do escorpionismo em crianças e adolescentes mostrou-se associados com as variáveis: local da picada ($p < 0,049$), manifestações sistêmicas ($p < 0,001$), soroterapia ($p < 0,001$) e evolução do caso ($p < 0,011$), sendo evidenciada maior incidência de casos graves nos grupos com presença de manifestações sistêmicas, que fez uso de soroterapia, que tiveram outros segmentos corporais afetados e que evoluíram para óbito (Tabela 4).

Variáveis	Categoria	Gravidade				Valor de p
		Não grave		Grave		
		n	%	n	%	
Zona da ocorrência	Urbana	687	76,7	209	23,3	0,820*
	Rural	46	78,0	13	22,0	
	Via pública	16	72,7	06	27,3	
Local da ocorrência	Residência/casa de terceiros	514	77,1	153	22,9	0,671**
	Fazenda	14	77,8	04	22,2	
	Outros	25	86,2	04	13,8	
Estação da ocorrência	Outono/inverno	323	76,4	100	23,6	0,704
	Primavera/verão	411	77,4	120	22,6	

Local da picada	Membros superiores	341	77,0	102	23,0	0,049*
	Membros inferiores	306	78,1	86	21,9	
	Outros	58	65,9	30	34,1	
Tempo até o atendimento hospitalar	< 1 hora	483	76,4	149	23,6	0,314*
	1 a 3 horas	127	80,4	31	19,6	
	> 3 horas	50	71,4	20	28,6	
Manifestações locais	Não	29	85,3	05	14,7	0,228*
	Sim	696	76,4	215	23,6	
Manifestações sistêmicas	Não	644	80,7	154	19,3	<0,001*
	Sim	22	33,3	44	66,7	
Soroterapia	Não	582	97,2	17	2,8	<0,001*
	Sim	152	42,6	205	57,4	
Quantidade de ampolas de soro antiescorpiônico	Até 2 ampolas	105	44,9	129	55,1	0,174*
	> 2 ampolas	46	37,4	77	62,6	
Evolução do caso	Cura	702	78,1	197	21,9	0,011**
	Óbito	-	-	03	100	

Tabela 4 - Análise dos aspectos clínicos e do acidente associados a gravidade do escorpionismo em crianças e adolescentes. Jequié, Bahia, Brasil, 2007 a 2015.

Fonte: Fichas de investigação epidemiológica/SINAN/Ministério da Saúde.

* Teste Qui-quadrado.

** Teste Exato de Fisher.

4 | DISCUSSÃO

No período estudado, a incidência de escorpionismo envolvendo crianças e adolescentes de maior severidade (moderado e grave) encontrada foi de 23,2%, sendo inferior a estimada por outros estudos realizados em Minas Gerais (85,2%) e no México (55,0%) e superior a evidenciada na Argentina (15,0%) (GORDILLO; BUGLIOLO; DELLONI, 2000; HORTA; CALDEIRA; SARES, 2007; OSNAYA-ROMERO et al, 2001).

A picada de escorpião ocorre em igual frequência nas mãos e nos pés. Um estudo realizado com 45 crianças hospitalizadas na Turquia revelou que 87,7% dos usuários foram picados nas extremidades. Tal fato pode ser explicado em virtude dos fatores socioeconômicos como caminhadas desprotegidas em áreas rurais, uso de sapatos sem inspeção prévia de seu interior e a baixa adesão ao hábito de procurar manualmente por escorpiões nas residências (BOSNAK et al, 2009).

Para além, os resultados apontam a associação do local da picada com um maior grau de severidade, possibilitando inferir que por conta de uma vasta e superficial vascularização das regiões distais, a peçonha alcança rapidamente

vasos mais calibrosos, favorecendo a distribuição por todo o organismo (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2008).

A gravidade desses acidentes depende de múltiplos fatores, como a espécie e o tamanho do animal, o volume do veneno inoculado, massa corpórea do indivíduo, sensibilidade orgânica ao veneno, patologias prévias, desnutrição, anemia, dentre outros. Não obstante, a literatura considera possível que nas crianças haja maior absorção da peçonha no coração e em outros órgãos (BAHLOUL et al, 2010; GUERRA et al, 2008)

Conforme observado no presente estudo, pesquisas também apontam que a idade está associada com a gravidade do escorpionismo na infância, apresentando relação inversamente proporcional, uma vez que quanto menor a idade maior a probabilidade de o caso ser grave. Tal afirmação pode ser explicada pelo fato de que para a mesma quantidade de peçonha inoculada em adultos e crianças, os níveis séricos serão superiores na população infantil¹⁴ e embora os adultos sejam mais preocupados com a picada, as crianças enfrentam envenenamento mais grave e maior mortalidade, se comparados aos adultos (BOSNAK et al, 2009; SANTANA; CUNHA, 2011; CARVALHO; ASSIS, 2016).

Em consonância, outro estudo evidenciou crianças de 1 a 4 anos com risco de letalidade por escorpionismo 24,36 vezes maior quando comparado aos adolescentes de 15 a 19 anos. Além disso, nesse estudo os menores de um ano compuseram apenas 0,1% da população estudada, em virtude, principalmente, por estarem na maior parte do tempo restrito aos berços, carrinhos, colo, dentre outros, o que configura baixa exposição aos locais de risco (GUERRA et al, 2008).

Um estudo realizado na região sul da Tunísia evidenciou que o maior número de casos ocorreu no grupo com a faixa etária inferior a 5 anos, corroborando também, com estudos realizados na população geral que demonstraram que a maioria das vítimas possuíam menos de 7 anos de estudo. Esses dados possibilitam inferir que a associação entre a gravidade do escorpionismo em crianças e adolescentes e a escolaridade evidenciada na presente pesquisa esteja relacionada com idade escolar, ou seja, por apresentarem pouca idade, o grau escolaridade invariavelmente será menor. (BAHLOUL et al, 2010; RECKZIEGEL; PINTO, 2014)

Os sinais e sintomas do escorpionismo são devidos à liberação excessiva de catecolaminas ou um efeito resultante da ação direta do veneno. Alguns estudos já apontaram a participação dos mediadores pró-inflamatórios nas manifestações fisiopatológicas (BAHLOUL et al, 2010)

Dentre os efeitos sistêmicos do envenenamento escorpiônico, citam-se a liberação de neurotransmissor autônomo maciço (tempestade autonômica, adrenérgica ou colinérgica) como resultado de neurotoxinas excitatórias do veneno. Alfa receptor estimulado pela toxina escorpiônica desempenha um papel importante,

resultando em hipertensão, taquicardia, disfunção miocárdica, edema pulmonar, corroborando com um estudo que evidenciou correlação entre idade jovem e gravidade das manifestações clínicas após acidente escorpiônico (BOSNAK et al, 2009; BAHLOUL et al, 2010)

A soroterapia para o escorpionismo é considerada o único tratamento específico e eficaz se administrado precocemente e o retardo na sua administração é correlacionado diretamente no incremento da mortalidade, fato constatado no presente estudo, uma vez que o uso da soroterapia mostrou-se associado a maior severidade dos casos (BOSNAK et al, 2009)

Um estudo realizado por meio do SINAN em Minas Gerais com crianças e adolescentes constatou que houve soroterapia para os casos de gravidade leve. Os autores sugeriram três hipóteses: uso abusivo do recurso; erro na triagem e conseqüentemente, na classificação de risco; ou que no momento da admissão hospitalar, o usuário apresentava sintomatologias leves e evoluiu para uma condição desfavorável, e, portanto, surgindo a necessidade da administração do soro (GUERRA et al, 2008).

Ressalta-se que esse estudo apresenta limitações em virtude da carência de estudos na literatura relacionados à população estudada, o que dificultou a comparação dos achados. Além disso, a obtenção de dados por fonte secundária pode evidenciar subregistro nas fichas de notificação e, portanto, a inexatidão dos resultados. Entretanto, estudos realizados com dados do SINAN são de extrema importância, visto que, não existem outros meios para mensurar a magnitude dos acidentes escorpiônicos em território nacional (RECKZIEGEL; PINTO, 2014).

5 | CONCLUSÃO

Neste estudo, observou-se uma alta incidência de casos de maior severidade de escorpionismo em crianças e adolescentes. Destaca-se, ainda, para faixa etária, escolaridade, local da picada, manifestações sistêmicas, soroterapia e evolução do caso como fatores associados à gravidade do envenenamento por escorpiões em crianças e adolescentes.

Os resultados apontaram a necessidade da realização de novos estudos acerca da temática abordada, de modo a possibilitar ações de prevenção e controle mais assertivas. Para tanto, torna-se imprescindível à orientação para a população em geral acerca da busca imediata ao serviço de referência e atividades educativas em saúde a respeito da prevenção dos acidentes escorpiônicos, bem como uma maior capacitação aos profissionais de saúde sobre adequado manejo clínico dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- AL ASMARI, A.K. et al. **Clinical aspects and frequency of scorpion stings in the Riyadh Region of Saudi Arabia.** Ann Saudi Med, v.33, n.8, p. 52-58, 2012.
- ALBUQUERQUE, C.M.R. et al. **Pediatric epidemiological aspects of scorpionism and report on fatal cases from Tityus stigmurus stings (Scorpiones: Buthidae) in State of Pernambuco, Brazil.** Rev Soc Bras Med Trop, v. 46, n. 4, p. 484-9, 2013.
- ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E.C. **Classificação de veias superficiais periféricas de adolescentes, adultos e idosos pela técnica delphi.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.16, n.1, p. 86-94, 2008.
- BAHLOUL, M. et al. **Scorpion Envenomation. Among Children: Clinical Manifestations and Outcome (Analysis of 685 Cases).** Am. J Trop Med Hyg, v. 83, n. 5, p. 1084–92, 2010.
- BOSNAK, M. et al. **Severe scorpion envenomation in children: Management in pediatric intensive care unit.** Hum Exp Toxicol, v. 28, n. 11, p.721-8, 2009.
- BRASIL. **Decreto n.º 78.231, de 12 de agosto de 1976.** Dispõem sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e agravos (obrigatoriedade da notificação, da investigação e da adoção de medidas de controles. Lei e decreto ainda vigentes. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 out. 1976.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de saúde. **Acidentes por animais peçonhentos - notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Brasil [Internet].** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/animaisbr.def>
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de controle de escorpiões.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria no 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), fev 18; Seção 1:23, 2016.
- BRAZIL, T.K; PORTO, T.J. **Os Escorpiões.** Salvador: EDUFBA; 2010.
- CARVALHO D.R; ASSIS G.A.F. **Acidente com escorpiões no município de Barreiras, Bahia, Brasil: levantamento epidemiológico de 2012 a 2014.** Rev. baiana saúde pública, v. 40, n.3, p. 729-40, 2016.
- CHIPPAUX, J.P. **Epidemiology of envenomations by terrestrial venomous animals in Brazil based on case reporting: from obvious facts to contingencies.** J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis, v.21, n.13, 2015.
- CHIPPAUX, J.P; GOYFFON, M. **Epidemiology of scorpionism: A global appraisal.** Acta trop, v.107, n.2, p. 71-79, 2008
- FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Epidemiologia dos atendimentos realizados na Unidade de Toxicologia do HJXXIII /CIAT-BH.** Belo Horizonte. 2015.
- GORDILLO, M.E.; BUGLILOLO, A.G.; DELLONI, A. **Escorpionismo en Pediatría.** Arch.argent. **pediatr**, v. 98, n. 5, p. 296-303, 2000. Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/296.pdf>

GUERRA, C.M.N. et al. **Análise de variáveis relacionadas à evolução letal do escorpionismo em crianças e adolescentes no estado de Minas Gerais no período de 2001 a 2005.** J. Pediatr. (Rio J.), v. 84, n. 6, p. 509-15, 2008.

HORTA, F.M.B.; CALDEIRA, A.P; SARES, J.A.S. **Escorpionismo em crianças e adolescentes: aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes hospitalizados.** Rev Soc Bras Med Trop v. 40, n.3, p. 351-53, 2007.

OSNAYA-ROMERO, N. et al. **Clinical symptoms observed in children envenomated by scorpion stings, at the children's hospital from the State of Morelos, Mexico.** Toxicon.; v. 39, n.6, p. 781-5, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11137536>

RECKZIEGEL, G.C.; PINTO, V.L. **Scorpionism in Brazil in the years 2000 to 2012.** J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis, v. 20, n. 46, 2014.

SANTANA, V.S, CUNHA, S. Estudos transversais. In: Almeida Filho N, Barreto ML, organizadores. **Epidemiologia & saúde. Fundamentos, métodos, aplicações.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p.186-93. 2011

SANTOS, M.S.V. et al. **Clinical and epidemiological aspects of scorpionism in the world: a systematic review.** Wilderness Environ Med, v. 27, n. 4, p. 504–518, 2016.

ESTRUTURA FAMILIAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS NEUROLÓGICAS

Data de aceite: 27/11/2019

Gisele Weissheimer

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Verônica de Azevedo Mazza

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Fernanda Cassanho Teodoro

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Vanessa Ferreira de Lima

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

Sara Rocha de Souza

Universidade Federal do Paraná
Curitiba- Paraná

RESUMO: Objetivo: identificar o perfil da estrutura familiar de crianças e adolescentes com doenças neurológicas. **Método:** estudo transversal, abordagem quantitativa, realizado em um centro de neurologia pediátrica, da região sul do Brasil. Foram realizadas entrevistas por meio de um instrumento estruturado, entre maio e setembro de 2016. Utilizou-se análise descritiva. **Resultados:** participaram deste estudo 141 famílias, das quais 58,16% constituíam-se do tipo nuclear,

87,23% recebiam até um salário mínimo, 75,9% de pais estavam empregados e 67,40% das mães desempregadas. Em 52% das famílias algum membro alterou sua condição de trabalho para cuidar da criança/adolescente, e, 49,6% recebiam Benefício da Prestação Continuada.

Conclusões: entre as variáveis estudadas, as relacionadas aos atributos socioeconômicos merecem destaque, pois o baixo rendimento familiar é produto da necessidade de reestruturação familiar, perante a demanda de cuidados. Este soma-se ao limitado acesso aos benefícios, fato que pode influenciar a dinâmica familiar e o cuidado infantojuvenil.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Criança. Adolescente. Doença Crônica.

FAMILY STRUCTURE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH NEUROLOGICAL DISEASES

ABSTRACT: Objective: to identify the family structure profile of children and adolescents with neurological diseases. **Method:** cross-sectional study, quantitative approach, conducted at a pediatric neurology center in southern Brazil. Interviews were conducted using a structured instrument between May and September 2016. A descriptive analysis was used. **Results:** 141

families participated in this study, of which 58.16% were nuclear, 87.23% received up to one minimum wage, 75.9% of parents were employed and 67.40% of unemployed mothers. In 52% of the families, some members changed their working conditions to take care of the child / adolescent, and 49.6% received Continued Benefit Benefit. **Conclusions:** Among the variables studied, those related to socioeconomic attributes deserve to be highlighted, as the low family income is a product of the need for family restructuring, given the demand for care. This adds to the limited access to benefits, a fact that may influence family dynamics and child and youth care.

KEYWORDS: Family. Children. Adolescent. Chronic disease

1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o cenário epidemiológico têm mostrado o aumento de doenças neurológicas na infância (HABIB; SAHA, 2010). Somente nos Estados Unidos, entre 2006 e 2008, 15% de crianças e adolescentes, entre 3 a 17 anos de idade, foram diagnosticadas com alguma desordem neurológica. Dentre elas destacaram-se: o déficit de atenção e hiperatividade; deficiência intelectual; distúrbios de aprendizagem; paralisia cerebral; autismo; epilepsia e entre outras (BOYLE *et al*, 2011).

No Brasil, são poucos os dados que retratam o perfil epidemiológico das doenças neurológicas entre crianças e adolescentes. Contudo, sabe-se que, entre 2002 e 2011, dos 180.298 nascidos vivos, 875 (0,49%) foram diagnosticados com alguma malformação congênita, das quais 420 (48%) tratavam-se de desordens no aparelho osteomuscular, 142 (16,2%) no sistema nervoso central, 56 (6,4%) outras malformações congênitas, e 257 (29,4%) outras anomalias (RODRIGUES *et al*, 2011).

A doença neurológica infantojuvenil está atrelada à demanda de cuidados de média a alta complexidade. Considerando que as condições da doença afetam a independência do indivíduo, esta demanda, em reiterados momentos, estará sob o encargo da família, a qual pode gerar impacto na estrutura familiar (OKIDO; HAYASHIDA; LIMA, 2012).

A estrutura familiar é definida como um conjunto ordenado de relacionamentos dentro da família, entre a família e com outros sistemas sociais (DENHAM, 2005). Assim, na situação de um membro com doença neurológica tais relacionamentos podem ser modificados visando adaptação familiar para o atendimento às próprias necessidades.

No Brasil, ainda é incipiente o perfil da estrutura de famílias com membros com doenças neurológicas, pois as investigações de cunho nacional são restritas aos indicadores da população em geral, comprometendo a distinção das famílias

compostas por pessoas com enfermidades crônicas (IBGE, 2013; IBGE, 2016).

Assim, acredita-se que a identificação do perfil da estrutura de familiar na condição de doença neurológica, tem potencial para contribuir no desenvolvimento de estratégias voltadas ao bem estar destas famílias. Com base no exposto definiu-se a seguinte pergunta de pesquisa: qual é o perfil da estrutura familiar de crianças/adolescentes com doenças neurológicas? E traçou-se como objetivo, o seguinte: identificar o perfil da estrutura familiar de crianças/adolescentes com doenças neurológicas.

2 | MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com famílias de crianças/adolescentes com transtorno do espectro autista (TEA), epilepsia e paralisia cerebral (PC), em atendimento em um Centro Especializado de Neurologia Pediátrica, situado na região Sul do Brasil.

Os critérios de inclusão foram famílias de crianças com idade igual ou superior a dois anos, e adolescentes até 19 anos. A idade mínima foi considerada devido à fase do início dos sintomas do TEA, epilepsia e PC. Pois, em idades menores que dois anos, muitos casos estão em investigação diagnóstica. A idade máxima de 19 anos foi considerada pela definição de adolescente da Organização Mundial da Saúde.

Instituíram-se como critérios de exclusão familiares que não residiam na mesma casa com a criança/adolescente, pois estes poderiam não ter informações suficientes para responder à pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2016, por meio de entrevistas presenciais efetuadas em duas fases: 1^a- as crianças/adolescentes, com consultas agendadas, eram identificadas e selecionadas previamente, respeitando o critério de inclusão; 2^a- o familiar/acompanhante era abordado na sala de espera, e feito o convite para participação da pesquisa, averiguando-se o critério de exclusão.

Para a coleta, utilizou-se um instrumento estruturado que continha informações acerca das variáveis sociodemográficas (idade em anos, e sexo do familiar, parentesco com a criança/adolescente, idade em anos e sexo da criança/adolescente) e da estrutura familiar (DENHAM, 2005). Os dados de estrutura familiar foram classificados em categorias, subcategorias e variáveis, conforme Figura 1.

Na categoria de composição familiar buscou-se investigar como as famílias são compostas e quem as compõe. A categoria de função familiar foi subcategorizada em socialização, cuidado à saúde e função econômica. Pesquisaram-se variáveis sobre as ações individuais ou coletivas para promover condições de socialização,

de cuidado à saúde e econômicas à criança/adolescente com doença neurológica (DENHAM, 2005).

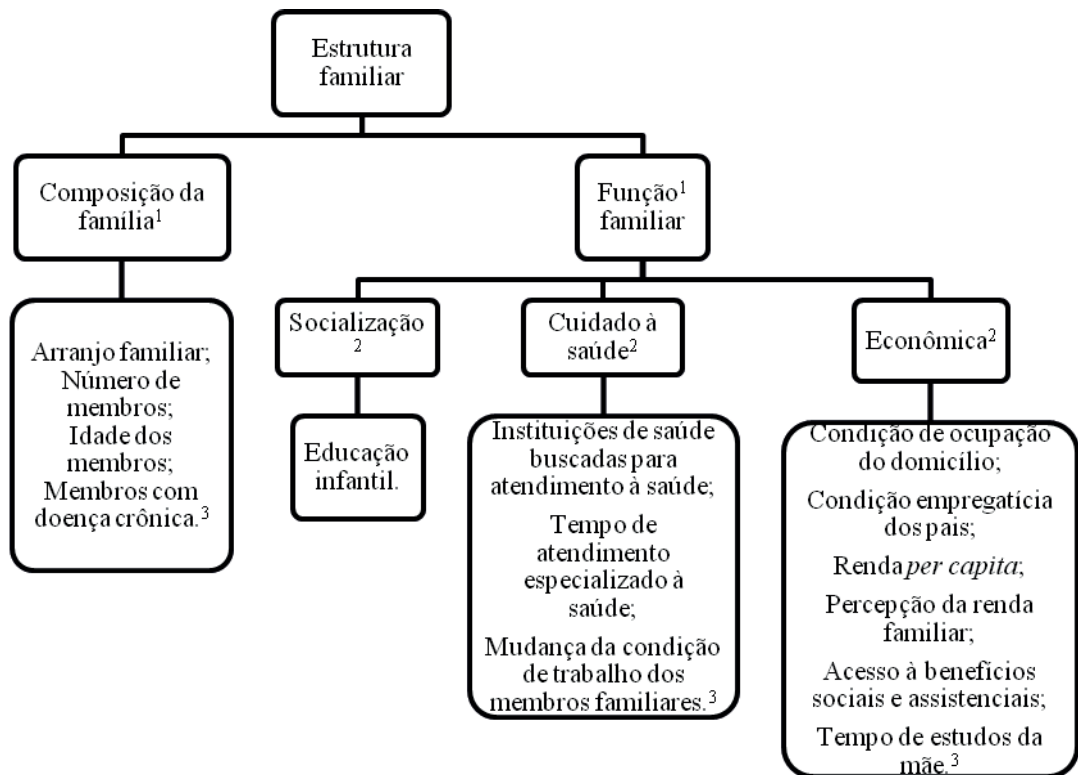


Figura 1- Distribuição das variáveis da estrutura familiar.

Nota: ¹categoria; ²subcategorias; ³variáveis.

Fonte: as autoras, 2017.

Na composição familiar, os arranjos familiares foram definidos a partir das proposições a seguir: a) nuclear: constituída por pai, mãe e filho(s); b) monoparental: formada por apenas um dos genitores e filho(s); c) reconstituída: união estável ou casamento em que o pai e/ou a mãe tem filho(s) de vínculo anterior; d) extensa: famílias que inserem um ou mais membros da família de origem; e) substituta: modalidades de guarda, tutela ou adoção.

Na subcategoria de função familiar de socialização abordou-se a variável de acesso à educação infantil, considerando que isto pode influenciar na autonomia e na independência da criança/adolescente. Na subcategoria de função familiar de cuidado à saúde, buscaram-se as variáveis de atendimento de saúde em unidades não especializadas e especializadas, e o tempo que recebiam atendimento à saúde. E verificou-se a necessidade de mudança de trabalho do familiar, associada à demanda de cuidado da criança/adolescente (LAGUNJU; BELLA-AWUSAH; OMIGBODUN, 2014).

As variáveis da subcategoria econômica foram investigadas devido às nuances financeiros relacionado às necessidades terapêuticas da criança/adolescente com

doença neurológica (LAGUNJU; BELLA-AWUSAH; OMIGBODUN, 2014). Para o cálculo da renda familiar *per capita*, foram somados os proventos individuais e divididos pelo número de membros, os resultados foram classificados a partir do salário mínimo, que correspondeu a R\$ 880,00, em 2016. Ressalta-se que neste cálculo não foram somados os valores dos benefícios sociais. Quanto a este último, adverte-se que se contabilizou a frequência absoluta de famílias que recebiam benefícios sociais.

E, por fim, investigou-se o grau de instrução das mães, pois este pode relacionar-se com a compreensão e manejo dos sintomas suscitados pela doença infanto-juvenil (KOUTRA, 2012):

Os dados foram analisados descritivamente por meio do Microsoft® Excel 2007, com frequência absoluta (n) e relativa (%), mediana, e desvio padrão (DP), e após organizados em tabelas. As informações foram averiguadas por duas pesquisadoras, em momentos distintos, para identificar inconsistências no lançamento dos dados. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer número 1.299.529 em Outubro de 2015.

3 | RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 141 famílias, sendo 35 do ambulatório de TEA, 39 de epilepsia e 67 de PC. A idade média dos participantes foi de 37,8 anos, com variação entre 21 a 60 anos (DP= 8), com 17,73% (n= 25) na faixa etária de 21 a 30 anos; 48,94% (n= 69) de 31 a 40 anos; 33,33% (n=47) de 41 a 60 anos. Houve predomínio de mães participantes perfazendo 83% (n= 117), e 13% (n= 19) eram pais, e 4% (n= 5) outros.

A idade média das crianças/adolescentes foi de 9,5 anos, oscilando entre dois a 17 anos de idade (DP=3,8), com 60% (n= 84) na faixa etária de dois a dez anos. Com relação ao sexo, da criança/adolescente, observou-se preponderância em 67% (n= 94) do masculino. Quanto à composição familiar, no quesito arranjo familiar, observou-se que 58,2% (n=82) famílias eram nucleares. O número médio de moradores por residência foi de 4,02 familiares (DP=1,1). A idade dos familiares oscilou entre 20 a 59 anos, e 41% (n=59) famílias tinham em sua composição crianças/adolescentes entre seis a 12 anos, excetuando-se àquelas com a doença neurológica (Tabela 1).

Observou-se que 38% (n=54) famílias tinham algum membro com uma ou mais condição crônica. As enfermidades crônicas referidas incluíram principalmente doenças cardíacas (17%, n= 24) e endócrinas (8%, n= 11). Salienta-se que no registro desta variável, o participante poderia apontar mais de que uma patologia.

Variáveis	n	%
Arranjo familiar		
Nuclear	82	58,16
Monoparental	16	11,35
Reconstituída	26	18,44
Extensa	15	10,64
Substituta	2	1,42
Idade (anos) dos membros familiares*		
0-5	23	16,00
6-12	59	41,00
13-19	40	28,00
20-59	141	100,00
60 >80	11	7,00
Membros familiares com doença crônica**		
Sim	54	38,00

Tabela 1: Composição das famílias de crianças/adolescentes com doenças neurológicas. Curitiba, PR, Brasil, 2016

Fonte: Dados da pesquisa (2017). Nota: *Cada família pôde ser contabilizada em mais que uma categorização de idade, dependendo do número de membros e da faixa etária destes. **Membro familiar com doença crônica, excetuando-se a criança/adolescente.

Acerca dos dados da função familiar de socialização (Tabela 2), 92% (n=130) das crianças/adolescentes estavam inseridas em alguma instituição de ensino e destas 61,54% (n=80) frequentavam o ensino regular.

Sobre as variáveis de função familiar de cuidado à saúde, a procura pelo serviço de saúde não especializado, anterior ao centro especializado (local deste estudo), compreendeu em 57,4% (n=81) das famílias. Os serviços procurados foram Unidade de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento ou instituições hospitalares do sistema público (Tabela 2).

Além disso, 19,1% (n=27) crianças/adolescentes percorreram trajetos em instituições especializadas e não especializadas, anteriormente ao atendimento neste serviço. Aquelas que foram encaminhadas diretamente, para o referido centro, englobaram 10,7% (n=15).

O tempo de acompanhamento, no local de estudo, variou entre seis meses a 17 anos, constando média de 6,9 anos (DP=4,3). Ainda sobre o cuidado à saúde, constatou-se que 52% (n=73) famílias interromperam ou alteraram o *status* empregatício para cuidar da criança/adolescente com agravo neurológico e, destas, 90% (n=66) trataram-se de mães.

Variáveis	n	%
Tipo de ensino*		
Ensino regular	80	61,54
Ensino especial	48	36,92
Misto	2	1,54
Atendimento em serviço de neuropediatria**		
<01	9	6,4
01 – 02	22	15,6
03- 04	34	24,1
05- 09	41	29,1

10 e >	34	24,1
Não informado	1	0,7
Alteração da condição de trabalho***		
Mãe	66	90,00
Pai	2	3,00
Pai e mãe	3	4,00
Outro	2	3,00

Tabela 2: Variáveis da função familiar, de socialização e de cuidado à saúde segundo suas categorias específicas. Curitiba, PR, Brasil, 2016

Fonte: Dados da pesquisa. *n=130; **n=141; n=***73.

Com relação aos dados da subcategoria econômica (Tabela 3), acerca da moradia, 66% (n=93) das famílias possuíam casa própria. Já, em relação à atividade laboral dos pais, 75,90% (n=107) estavam empregados, enquanto 67,40% (n=95) mães desempregadas. A renda familiar *per capita* familiar oscilou entre um a cinco salários mínimos, sendo que se observou maior prevalência (87,23%; n=123) de até um salário mínimo.

Quanto à percepção dos entrevistados sobre os rendimentos familiares, 67% (n=95) dos familiares considerou suficiente antes do diagnóstico da enfermidade. No entanto, após a detecção da doença neurológica, 74% (n=105) atribuíram-na como renda insuficiente.

Quanto à busca e o acesso aos benefícios sociais, verificou-se que menos de 10% das famílias tinham isenção de imposto de renda, desconto na tarifa de energia elétrica, desconto na tarifa de telefone e participação no Programa Bolsa Família. Ademais, 49,60% (n=70) obtinham o BPC e 13,50% (n=19) isenção de tarifa de transporte público.

Com relação ao acesso a benefícios de assistência à saúde, 44% (n=62) recebia medicamentos provenientes do sistema público de saúde, 12,10% (n=17) órtese/prótese e 1,40% (n=2) ventilação mecânica.

Referente aos anos de estudo das mães, 36,9% (n=52) estudaram menos de nove anos, correspondente ao tempo do ensino fundamental incompleto ou completo; e 67 (47,5%) estudaram de nove a 11 anos, correspondente ao tempo do ensino médio completo ou incompleto.

Variáveis	n (141)	%
Tipo de moradia		
Própria	93	66,00
Alugada	32	23,00
Cedida	16	11,00
Situação empregatícia do pai		
Desempregado	21	14,90
Empregado	107	75,90
Não se aplica*	13	9,20

Situação empregatícia da mãe		
Desempregada	95	67,40
Empregada	46	32,60
Renda per capita		
0 salário mínimo	29	20,57
Até ½ salário mínimo	58	41,13
1/2 a 1 salário mínimo	36	25,53
1 a 2 salários mínimos	15	10,64
2 a 5 salários mínimos	3	2,13
Percepção da família sobre a satisfação da renda antes da doença da criança/adolescente		
Suficiente	95	67,00
Insuficiente	46	33,00
Percepção da família sobre a satisfação da renda depois da doença da criança/adolescente		
Suficiente	36	26,00
Insuficiente	105	74,00
Acesso a benefícios sociais		
Isenção de tarifa de transporte		
Sim	19	13,50
Não	122	83,50
Isenção de imposto de renda		
Sim	1	0,70
Não	140	99,30
Desconta na tarifa de energia elétrica		
Sim	14	9,90
Não	127	90,10
Desconto em tarifa de telefone		
Sim	2	1,40
Não	139	98,60
Programa Bolsa família		
Sim	12	8,50
Não	129	91,50
BPC		
Sim	70	49,60
Não	71	50,40
Acesso a benefícios assistenciais		
Órtese e prótese		
Sim	17	12,10
Não	124	87,90
Medicação		
Sim	62	44,00
Não	79	66,00
Ventilação mecânica		
Sim	2	1,40
Não	139	98,60
Anos de estudos da mãe		
0	1	0,70
1 – 4	19	13,50
5 – 8	33	23,40
9 - 11	67	47,50
12 –15	19	13,50
16 anos ou >	2	1,40

Tabela 3: Variáveis de função familiar econômica, Curitiba, PR, 2016, Brasil, 2017

Fonte: Dados da pesquisa (2017). Nota: *casos nos quais o pai/mãe não morava na mesma casa que a criança/adolescente.

4 | DISCUSSÃO

A redução do número de casamentos, a postergação da fecundidade, o aumento do número de divórcios e aumento do número de filhos nos casos extraconjugais, reverberam na conformação da família do século XXI (IBGE, 2013). Embora os efeitos da quebra do afeto conjugal sob o cuidado à criança/adolescente, permaneçam alusivos, sabe-se que o divórcio dos pais pode apresentar influência negativa ao longo da vida da criança (ANDERSON, 2014).

Mesmo tendo sido predominante o arranjo familiar nuclear neste estudo, verificou-se que aproximadamente 20% das famílias eram reconstituídas e 10% monoparentais. Estes rearranjos podem estar associados à doença e o cuidado à criança/adolescente, podendo determinar o afastamento ou aproximação conjugal e até mesmo, reconstrução de novos laços afetivos (WEISS; WINSGLIONG; LUNSKY, 2013).

Não obstante a isto, ainda se perpetuam as questões de gênero e as nuances socioeconômicas, nas quais se incluem a baixa renda materna e a dificuldade em conciliar as atividades de cuidado com as laborais. Nesta ótica, as crianças/adolescentes que se encontram sob cuidado exclusivo materno estão propensas a índices que se aproximam da pobreza, enquanto que aquelas que têm pais residentes na mesma moradia e com laços matrimoniais, perseveram acima do limite da pobreza. Isto se deve ao fato de que o casal traça limites de atuação dentro da família, ficando ao encargo do pai o trabalho e à mãe o cuidado e os afazeres domésticos (EDWARDS, 2014).

A composição das famílias das crianças e adolescentes atendidos neste Centro de Neuropediatria, apresentou-se numericamente acima (n= 4,02 membros) da média nacional, com média de 3,1 por domicílio urbano e 3,4 rural, bem como, da região sul do Brasil que tem média de 2,9 membros por domicílio urbano e rural, e também do estado do Paraná cuja média é de 3,0 por domicílio urbano e rural (IBGE, 2013). Mediante este achado pode-se considerar que estas famílias mais numerosas possuem uma rede de apoio intra-familiar, na qual surgem adaptações e delegações de tarefas aos familiares, como medidas de gerenciamento para o cuidado à criança/adolescente com agravo neurológico (AJUWON; BROW, 2012).

A responsabilização familiar pelo cuidado envolve também a educação. No Brasil existem políticas públicas que incentivam a inserção do indivíduo com necessidades especiais no ensino regular e neste estudo verificou-se que grande parte das crianças/adolescentes cursava o ensino regular. Desta forma, nesta pesquisa pode haver reflexo destas políticas (BRASIL, 2015), contabilizando um ponto positivo para o desenvolvimento da autonomia das crianças/adolescentes com agravo neurológico (MATOS *et al*, 2015).

Sobre o acesso à saúde pode-se perceber um intervalo de quatro anos, diante da comparação entre a idade média das crianças/adolescentes (nove anos) e o tempo médio que recebem atendimento em neuropediatria (cinco anos). Tal fato pode estar associado ao itinerário percorrido na busca por atendimento à saúde, à compreensão dos sintomas, à definição do diagnóstico e encaminhamento para consulta especializada (TÓRRES *et al*, 2011)²⁴.

Esta busca por atendimento, somada a necessidade de acompanhamento da criança/adolescente às consultas/atendimentos em saúde, exige investimento de tempo por parte dos familiares. Situação que pode forçá-los a se desempregarem ou a reduzirem a carga horária laboral. Neste sentido, uma pesquisa apontou que mais da metade das famílias estudadas possuía um membro que havia interrompido as atividades laborais para atender a demanda de cuidados do ente com agravo neurológico (KUO *et al*, 2011).

Em contrapartida, ressalta-se que embora esta situação seja frequente, é também contraditória, se houver a consideração de que as doenças crônicas podem levar à necessidade de renda adicional para as despesas médicas KUO *et al*, 2011).

A renda *per capita* das famílias foi menor do que da população nacional e do estado do Paraná, nas quais há predomínio de um a dois salários mínimos *per capita* (IBGE, 2013), no entanto, pode ser explicada pelo fato de que aproximadamente 68% das mães e 15% de pais estavam desempregados. No último ano, no Brasil, a taxa de desocupação, entre as mulheres oscilou de 6,8 a 9,2, de fevereiro de 2015 ao mesmo mês de 2016, respectivamente. Já para os homens, a taxa de desocupação variou de 4,9 a 7,3, no mesmo mês e ano (IBGE, 2016).

Verificou-se com relação à moradia, que a condição de ocupação de domicílio foi semelhante aos dados nacionais, com prevalência da casa própria, seguida de alugada, e cedida (IBGE, 2016).

No presente estudo, 74% das famílias consideraram sua renda insuficiente, após a detecção da doença infantojuvenil. Situação esta que exige estratégias políticas no âmbito social e assistencial, com o objetivo de auxiliar estas famílias. Comumente o tratamento das condições neurológicas compromete a renda familiar com a compra de medicamentos, aparelhos de reabilitação e transporte, e adaptações na estrutura física domiciliar (ALMEIDA *et al*, 2015). Neste estudo, verificou-se que cerca de 50% das famílias recebiam no mínimo um medicamento do sistema público de saúde e, os demais subsídios assistenciais foram utilizados com menor frequência.

No quesito subsídio governamental, aproximadamente 10% das famílias referiram ter a isenção da tarifa de transporte público. Este percentual pode ser considerado baixo, haja vista que aproximadamente 98% das famílias possuíam renda de até dois salários mínimos. Contudo, para adquirir o benefício de isenção

de tarifa de transporte existem algumas regras, dentre elas a renda bruta de até dois salários mínimos (BRASIL, 2015).

Já com relação ao tempo de estudo das mães, aproximadamente 50% possuíam de nove a onze anos de estudo. Resultado convergente aos achados de outras pesquisas brasileiras, nos quais mães de crianças com malformações congênitas tinham entre oito a onze anos de estudos (RODRIGUES *et al*, 2011). Enfatiza-se que o resultado da presente pesquisa não difere da média nacional, na qual mulheres acima de 18 anos, possuem 7,7 anos de estudo (IBGE, 2013).

A alfabetização dos responsáveis pelo cuidado à criança/adolescente com doenças crônicas é relevante, pois se tem verificado que pais com menor escolarização possuem menor sensibilidade para o reconhecimento dos sintomas da enfermidade. De modo que os maiores níveis de escolaridade materna estiveram correlacionados com melhor desenvolvimento neurológico infantil, sugerindo que as mães apresentaram maior habilidade intelectual para estimular a criança (KOUTRA, 2012).

5 | CONCLUSÃO

Das variáveis estudadas, chama a atenção o impacto socioeconômico familiar provocado pela doença neurológica. Este aspecto merece destaque, tanto para o escopo da saúde quanto para a sociedade, pois a situação empregatícia pode influenciar na manutenção familiar e o cuidado à criança/adolescente com doença neurológica. Ademais, a dificuldade ao acesso dos benefícios, carga horária laboral reduzida devido à demanda de cuidado, e os custos gerados pela doença são fatores que influenciam a organização familiar. De tal forma que, o impacto da doença neurológica tende a fragilizar não somente a autonomia do indivíduo, mas, também a da família. Para tanto, torna-se imperativo o cuidado focado na família.

REFERÊNCIAS

AJUWON PM, BROWN I. **Family quality of life in Nigeria.** J Intellect Disabil Res. V. 56 n. 1, p. 61-70, 2012

ALMEIDA TCS, RUEDELL AM, NOBRE JRS, TAVARES KO. **Paralisia Cerebral: impacto no cotidiano familiar.** R Brás ci Saúde. V. 9, n 3, p. 171-8, 2015.

ANDERSON J. **The impact of family structure on the health of children: Effects of divorce.** Linacre Q., V 81 n 4, p. 378-387, 2014.

BRASIL. **Lei 18,419 de 7 de Janeiro de 2015. Casa Civil, Sistema Estadual de Legislação.** 2015.

BRASIL. **Lei n. 8. 069, de 13 de Julho de 1990, e legislação correlata. Estatuto da Criança e Adolescente (1990).** Brasília: 2014.

BRASIL. **Ministério da Educação. Evolução do número de matrículas na educação especial por rede Brasil - 2008/2014.** 2015.

BOYLE CA, BOULET S, SCHIEVE LA, COHEN RA, BLUMBERG SL, MARSHALYN YA, et al. **Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997–2008.** *Pediatrics.* v.127 n 6, p. 1034-1042, 2011.

DENHAM SA. **Family structure, function and process.** In Hanson SMH, Gedaly-Duff, V. & Kaakinen JR. *Family health care nursing: Theory, practice and research.* 3 ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2005.

EDWARDS AN. **Dynamics of Economic Well-Being: Poverty, 2009–2011.** United States Census Bureau. v. 81, n. 1 p. 70-137, 2014.

HABIB SH, SAHA S. **Burden of non-communicable disease: Global overview.** *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews on Science Direct.* V. 4, n. 1, p. 41-47, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. **Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira.** 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. **Estatística de gênero. Uma análise dos resultados do censo demográfico 2010.** 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. **Mobilidade sócio-ocupacional. Pesquisa Nacional por amostra de domicílio.** 2016.

KOUTRA K, CHATZI L, ROUMELIOTAKI T, VASSILAKI M, GIANNAKOPOULOU E, BATSOS C, et al. **Socio-demographic determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age: Mother–Child Cohort (Rhea Study) in Crete, Greece.** *Infant Behav Dev.* v. 35, n. 1, p. 48-59, 2012.

KUO DZ, COHEN E, AGRAWAL R, BERRY JG, CASEY PH. **A National Profile of Caregiver Challenges of More-Complex Children with Special Health Care Needs.** *Arch Pediatr Adolesc Med.* v.165, n. 11, p. 1020-26, 2011.

LAGUNJU IA, BELLA-AWUSAH TT, OMIGBODUN OO. **Autistic disorder in Nigeria: Profile and challenges to management.** *Epilepsy & Behavior.* v. 39, p. 126-129, 2014.

MARTINS MR. **Qualidade de vida de crianças e adolescentes com epilepsia no município de Maringá.** [Tese]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”-UNESP; 2014.

MAIA FILHO ALM, NOGUEIRA LANMNALN, SILVA KCO, SANTIAGO RF. **A importância da família no cuidado da criança autista.** *Rev. Saúde em foco.* v. 3, n. 1, p. 66-83, 2016.

MATOS FREITAS E, ARROJA LN, RIBEIRO PM, DIAS PC. **Percepção dos pais em relação à inclusão de crianças com Necessidades Educativas Especiais no ensino regular.** *Revista Educação Especial.* v. 28, n. 52, p. 443-447, 2015

MITCHELL AE, FRASER JA, RAMSBOTHAM J, MORAWSKA A, YATES P. **Childhood atopic dermatitis: a cross-sectional study of relationships between child and parent factors, atopic dermatitis management, and disease severity.** *Int J Nurs Stud.* v. 52, n. 1, p. 216-28, 2015.

OKIDO ACC, HAYASHIDA M, LIMA RAG. **Profile of technology-dependent children in Ribeirão Preto - SP.** *J. Hum. Growth Dev.* v. 22, n. 3, p. 291-296, 2012.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **The National population health study of neurological conditions.** 2012.

RODRIGUES LS, LIMA RHS, COSTA LC, BATISTA RFL. **Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luis, Maranhão, 2002-2011.** Epidemiol Serv Saúde. v. 23, n 2, 2014.

SCHIARITI V, SAUVE K, KLASSEN AF, O'DONNELL M, CIEZA A, MÂSSE LC. **'He does not see himself as being different': the perspectives of children and caregivers on relevant areas of functioning in cerebral palsy.** Dev Med Child Neurol. V 56, n 9, p. 853-61, 2014.

TÔRRES AKV, SARINHO AW, FELICIANO KVO, KOVACS MH. **Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade do Recife.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. V 11, n 4, p. 427-36, 2011.

WEISS JA, WINGSIONG A, LUNSKY Y. **Defining crisis in families of individuals with autism spectrum disorders.** Autism. v. 18, n 8, p. 985-95, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All.** Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

WRIGHT LM, LEAHEY M. **Enfermeira e famílias: guia para avaliação e intervenção na família.** 5 ed. São Paulo: Roca; 2012.

UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICA

Data de aceite: 27/11/2019

Waldineia Rodrigues Dos Santos

Enfermeira (UNISUAM); Especialista Em Saúde
Da Família (FABA).
Seropédica - RJ

Raquel Guerra Ramos

Enfermeira (UNISUAM)

Luzimar Oliveira da Silva

Enfermeira e Professora Auxiliar (UNISUAM)/RJ.

Sandra Gonçalves Gloria Reis

Enfermeira e Professora Auxiliar (UNISUAM /
SENAC) /RJ.

Zuleide da Rocha Araujo Borges

Enfermeira e Professora Auxiliar (UNISUAM)/RJ.

Introdução: Com vistas a garantir uma melhor qualidade da assistência nos hospitais de emergência, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização, instituiu a estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), na qual o enfermeiro atua acolhendo o paciente por meio de uma escuta qualificada, identificando urgências e emergências com base na avaliação de parâmetros fisiológicos e em sinais de alerta estabelecidos por protocolos, dando prioridade aos casos mais graves¹. **Objetivo:** A pesquisa tem como objetivo de relatar a experiência dos

acadêmicos de enfermagem na classificação de risco em pediatria utilizando o protocolo de Manchester. **Metodologia:** Estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvidas a partir das ações assistenciais vivenciadas por acadêmicos de enfermagem durante o cumprimento da disciplina obrigatória de estágio curricular supervisionado em Saúde da Criança do curso de graduação do Centro Universitário Augusto Motta/RJ, sob a orientação e supervisão dos docentes da disciplina. Sendo realizada em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Pediátrica, localizada na baixada fluminense, no estado do Rio de Janeiro. A construção da vivência apresentada fundamenta-se a partir da literatura de livros, de artigos científicos indexados nas bases de dados e nas aulas teóricas ministradas pelos docentes previamente em sala de aula e no laboratório. **Resultados:** O acolhimento é dividido em dois momentos, no primeiro realiza o pré-acolhimento desempenhado pelos técnicos em enfermagem, no qual acompanhamos, sendo supervisionado pelo enfermeiro da unidade. Na dinâmica é realizado obrigatoriamente aferição de dos sinais vitais e das medidas antropométricas da criança, onde inicia o primeiro contato com a criança, dependendo da idade ou seu responsável através do diálogo, primando a

escuta qualificada respeitando a individualidade de cada caso. No segundo momento realizamos classificação de risco a qual utilizamos a anamnese e o exame físico, identificando os sinais e sintomas apresentados pela criança. Ressaltamos por ser trata de uma criança torna-se a avaliação rigorosa, sendo estabelecida a classificação de risco de acordo o protocolo de Manchester, representada pelas cores: vermelha onde o atendimento é imediato, criança com risco iminente de morte; laranja é considerada muito urgente com o tempo-alvo para o atendimento em até 10 minutos; amarela deve ser classificada como prioridade urgente; verde considerada como prioridade pouco urgente; azul encaminhar para consulta médica, na prioridade não urgente. Essas cores são respaldadas pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização. Os atendimentos ocorrem de acordo com o nível de complexidade de cada criança^{2,3}. **Considerações Finais:** O enfermeiro tem a grande responsabilidade na classificação de risco, buscar promove a relação usuário-profissional, para garantir o tratamento integral e adequado da assistência. Observamos que valorização dos usuários, por meio da escuta qualificada, busca classificar os atendimentos de forma mais humanizada. Esse momento foi de extrema relevância para a prática acadêmica, pois podemos aplicar todo conhecimento teórico adquirido na pratica⁴.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Pediatria; Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIA

1. Veras JEGLF, Joventino ES, Coutinho JFV, Lima FET, Rodrigues AP, Ximenes LB. Classificação de risco em pediatria: construção e validação de um guia para enfermeiros. Rev Bras Enferm. 2015 set-out;68(5):913-22.
2. Bohn MLDAS, Lima MADDS, Duro CLM, P Abreu. Percepção do enfermeiro sobre a utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester, Rev Ciên cuidado saúde. 2015 abr/jun;14(2):1004-1010.
3. Prefeitura de São Luís, Secretaria Municipal de Saúde, Política Municipal de Humanização: Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco. São Luís: PSL; 2015.
4. Costa FM, Silva FR, Carneiro JÁ, Prado PF. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação pediátrica: percepção da equipe de enfermagem. Rev Norte Mineira de Enfermagem. 2014; 3(2):104-119.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TRACOMA ENTRE ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE CAXIAS NO MARANHÃO

Data de aceite: 27/11/2019

Tharliane Silva Chaves

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA.

Beatriz Mourão Pereira

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA

Joseneide Teixeira Câmara

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA

Hayla Nunes da Conceição

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA.

Diellison Layson dos Santos Lima

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA.

Francielle Borba dos Santos

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA

Tatyanne Maria Pereira de Oliveira

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA

Thauanna Souza Araujo

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA

Magnólia de Jesus Sousa Magalhães

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA

Leônidas Reis Pinheiro Moura

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA

Christianne Silva Barreto

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências
da Saúde
Caxias –MA

Cleidiane Maria Sales de Brito

Universidade Federal do Piauí
Teresina-PI

RESUMO: O tracoma é uma infecção crônica causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, que atinge a conjuntiva e a córnea, acometendo principalmente crianças em idade escolar, sendo, portanto, uma das principais causas de cegueira evitável. Estima-se a existência de 146 milhões de pessoas com tracoma ativo no mundo, 10 milhões com triquíase tracomatosa e cinco milhões com sérios riscos para a visão e potencial desenvolvimento de cegueira. O objetivo do estudo foi analisar o perfil clínico epidemiológico do tracoma em escolares do primeiro ao nono ano da rede municipal de ensino de Caxias-MA. Foram analisados 3.505 escolares da rede de ensino fundamental, por meio da busca ativa realizadas em escolas públicas entre os meses de agosto a novembro de 2016 do município de Caxias-MA. O diagnóstico dos casos com tracoma foi essencialmente clínico. A prevalência das formas clínicas do tracoma (TF) e (TS) foi de 0,4%, 15 casos. Destes, dois casos (13%) apresentaram a forma clínica folicular e 13 casos (86,7%) a forma cicatricial da doença. Meninos e meninas foram acometidos de forma semelhante e a manifestação clínica mais relatada foi o prurido.

PALAVRAS-CHAVE: *Chlamydia trachomatis*, Epidemiologia, Tracoma.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TRACOMA BETWEEN SCHOOLS FROM THE CITY NETWORK OF CAXIAS IN MARANHÃO

ABSTRACT: Trachoma is a chronic infection caused by the bacterium *Chlamydia trachomatis*, which affects the conjunctiva and cornea, affecting mainly school-age children and is therefore a major cause of preventable blindness. There are an estimated 146 million people with active trachoma worldwide, 10 million with trachomatous trichiasis and five million with serious risks for vision and potential development of blindness. The objective of this study was to analyze the clinical epidemiological profile of trachoma in schoolchildren from the first to the ninth year of the municipal school network of Caxias-MA. A total of 3,505 schoolchildren from the primary school network were analyzed through active search conducted in public schools between August and November of 2016 in the city of Caxias-MA. The diagnosis of cases with trachoma was mainly clinical. The prevalence of clinical forms of trachoma (TF) and (TS) was 0.4%, 15 cases. Of these, two cases (13%) presented the follicular clinical form and 13 cases (86.7%) the cicatricial form of the disease. Boys and girls were similarly affected and the most commonly reported clinical manifestation was pruritus.

KEYWORDS: *Chlamydia trachomatis*, Epidemiology, Trachoma.

1 | INTRODUÇÃO

O tracoma, uma ceratoconjuntivite infecciosa causada por *Chlamydia trachomatis* (CHLAMYDIALES: CHLAMYDIACEAE), é uma das principais causas

de cegueira evitável nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde estima a existência de 146 milhões de pessoas com tracoma ativo no mundo, 10 milhões com triquíase tracomatosa e cinco milhões com sérios riscos para a visão e potencial desenvolvimento de cegueira (WHO, 2003).

No que tange seus aspectos de distribuição, ressalta-se que é uma doença cosmopolita. Esta infecção dissipou-se no continente europeu mediante a ocorrência de grandes migrações de povos infectados com essa doença, destacando-se dentre esses povos, os mongóis, que por meios das guerras e conquistas de territórios acabaram disseminando o tracoma por onde passavam (BRASIL, 2001). No Brasil, o tracoma teria chegado no século XVIII desenvolvendo-se na região do Cariri no interior do Ceará, o mais antigo foco do país. No final do século XIX, com a chegada dos Europeus outros focos surgiram nos Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, expandindo-se para outras regiões, tornando-se então endêmico em quase todo o território nacional (BRASIL, 2014).

O tracoma é uma infecção que atinge a conjuntiva e a córnea ocular, tornando-se crônica e recidivante, sendo esta causada pela bactéria *C. tracomatis*, bactéria gram negativa, de vida obrigatoriamente intracelular e apresenta os seguintes sorotipos A, B, Ba e C (COLLIER, 1996).

A única fonte de infecção é o homem com infecção ativa na conjuntiva ou outras mucosas, e o principal reservatório do agente etiológico nas populações nas quais o tracoma é endêmico são as crianças menores de 10 anos, não possuindo, portanto, reservatório animal (BRASIL, 2014).

O tracoma apresenta cinco formas clínicas, sendo dois tipos de reações conjuntivais inflamatórias e transmissíveis que são: o Tracoma Folicular (TF) e a Inflamação Tracomatosa Intensa (TI) e três formas sequelares e não transmissíveis que são: a Cicatrização Conjuntival Tracomatosa (TS), a Triquíase Tracomatosa (TT) observada e a Opacificação Corneana. (BRASIL, 2001).

A transmissão se dá de forma direta (olho a olho ou mãos contaminadas com secreção ocular) e contato indireto (por vestuários e objetos contaminados ou por vetores mecânicos como a proliferação de moscas domésticas) (BRASIL, 2001; CHINEN et al., 2006; SCHELLINI et al., 2010).

A sintomatologia associada ao tracoma inflamatório inclui prurido, lacrimejamento, ardor, hiperemia, fotofobia, sensação de corpo estranho e secreção purulenta em pequena quantidade (KOIZUMI et al., 2005; CHINEN et al., 2006).

O diagnóstico do tracoma é essencialmente clínico, e geralmente é feito por meio de um exame ocular externo, utilizando lupa binocular de 2,5x de aumento, com boa iluminação (BRASIL, 2014).

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde é: Azitromicina– 20 mg/kg de peso em dose única, via oral, dose máxima 1 g. Deverão receber tratamento com

Azitromicina pessoas com tracoma ativo, de qualquer sexo, a partir dos seis meses de idade (BRASIL, 2014).

2 | MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa transversal, de campo, com abordagem quantitativa do tipo inquérito, envolvendo escolares para pesquisa do tracoma, realizado na cidade de Caxias, Maranhão. O cenário desta investigação foi o município de Caxias, com área de 5.224 Km², banhado pelo Rio Itapecuru e com clima tropical, situando-se na Região Leste do Estado do Maranhão. A população de estudo foram crianças que frequentavam do primeiro ao nono ano do ensino fundamental de escolas municipais da cidade de Caxias, Maranhão.

Para a pesquisa inquérito foram analisados 3.505 escolares da rede de ensino fundamental, por meio da busca ativa realizadas em escolas públicas do município de Caxias-MA, baseadas nos critérios de atuação do Programa Municipal de Controle do Tracoma (PMCT) e Programa Saúde na Escola (PSE), que são quantidade de alunos matriculados e acesso às escolas.

Os exames foram realizados pela enfermeira padronizada pelo Ministério da Saúde, da Vigilância Epidemiológica de Caxias - MA em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde para detecção e procedimentos no diagnóstico de tracoma.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de agosto a novembro de 2016, sendo realizada em três etapas: 1 - Elaboração do cronograma de seleção das escolas que participariam da pesquisa; 2 - Encontro com os diretores das escolas, com intuito de explicar sobre a pesquisa e como tudo iria proceder; 3 - Reuniões com os pais e/ou responsáveis, onde foram repassados aos mesmos além de explicações sobre a doença, informações do exame e da pesquisa.

Um questionário socioeconômico com perguntas sobre dados de identificação da criança adaptado de Almeida (2007), e um TALE foram entregues aos pais dos alunos para a participação na pesquisa. Além disso, foi informado aos pais que, caso o seu filho fosse diagnosticado com uma das formas ativa do tracoma, seria administrado por via oral a medicação preconizada que é a azitromicina, medicamento este disponibilizado de forma gratuita pelo departamento de vigilância epidemiológica do município.

Antes do exame clínico foi realizada educação em saúde, para repassar aos alunos informações referentes ao tracoma, e como seria o exame, de maneira que todos entendessem um pouco sobre a doença e sobre a importância do exame e o aceitassem.

Após a realização do exame, quando um aluno era diagnosticado com uma

das formas do tracoma, de forma discreta a profissional o explicava sobre seu diagnóstico, posteriormente realizava a notificação do caso em uma ficha de controle, além de anotar o endereço do aluno, com a finalidade de realizar a visita domiciliar, administrar a medicação para os casos ativos, e examinar os comunicantes.

O exame clínico foi realizado com uma lupa de 2,5x de aumento, sob boa iluminação, avaliando-se alterações das pálpebras, cílios, conjuntiva tarsal e córnea.

As pálpebras superiores foram evertidas e a conjuntiva tarsal superior cuidadosamente examinada. O tracoma foi diagnosticado e classificado de acordo com os critérios da OMS para detecção epidemiológica da doença.

Dessa maneira, o Tracoma Inflamatório Folicular (TF) foi caracterizado sempre que se distinguiram cinco ou mais folículos de mais de 0,5 mm de diâmetro na parte central da conjuntiva tarsal superior; a inflamação que obscurece mais de 50% do padrão vascular tarsal foi classificada como Tracoma Inflamatório Intenso (TI); a presença de cicatrizes lineares define o Tracoma Cicatricial (TS); um ou mais cílios tocando a córnea caracteriza a Triquíase Tracomatosa (TT) e Opacificação corneana (CO), como sequela de Tracoma, quando há opacificação corneana suficiente para obscurecer pelo menos uma parte da margem pupilar (THYLEFORS et al., 1987).

Os dados foram digitados em banco de dados específico gerado no programa Epi-Info 3.3.2 versão 2011. Em seguida, foi realizada criteriosa revisão desses dados baseando-se na comparação com os questionários para correção das possíveis diferenças e listagens de todas as variáveis para serem aplicados os testes de consistência e validação, além de uma análise exploratória e descritiva dos dados demográficos para avaliar a consistência e a distribuição das frequências.

A execução desse projeto foi autorizada pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica e pela Secretaria Municipal de Educação do município de Caxias, Maranhão.

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Estudos Superiores de Caxias da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA com o Número do Parecer: 985.806.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando as características epidemiológicas dos 3.505 escolares examinados para o Tracoma, verifica-se que, a distribuição segundo o sexo foi de 51,4% (1.803) para o sexo feminino e a faixa etária mais frequente compreendeu o grupo de 7 a 12 anos 82% (2.879). Nas turmas do primeiro ao quinto ano e na zona urbana foram encontrados as maiores frequências de escolares, 41,5% (1.456) e 92,9% (3.258), respectivamente (Tabela1).

Variáveis sócio-demográficas	Frequência	(%)	Int. Conf.(95%)*
Sexo			
Masculino	1.690	48,2	46,6 - 49,9
Feminino	1.803	51,4	49,8 - 53,1
Faixa etária			
7 a 12	2.879	82,0	81,0 – 83,0
13 a 18	443	12,6	11,5 - 13,7
Turma			
1º ao 5º	1.456	41,5	40,4 - 42,6
6º ao 9º	553	15,7	14,6 - 16,8
Localização			
Urbana	3.258	92,9	91,8 – 93
Rural	247	7,0	6,0 - 8,0

Tabela 1–Distribuição da frequência de escolares do primeiro ao nono ano da rede pública, examinados para o tracoma segundo variáveis sócio-demográficas, Caxias-MA, 2016.

As variáveis sócio-demográficas revelaram que, dos casos diagnosticados as formas clínicas do tracoma mais frequente está no sexo masculino, discordando dos estudos de Alves, (2014) e Chinen et. al (2006), em que verificaram que o tracoma é mais frequentes em meninas. Segundo Pinto (2011), essa doença é mais encontrada em menina pelo hábito que elas têm de sempre estarem bem próximas umas das outras, brincarem sempre juntas e por vezes se abraçarem e até dividirem o local em que dormem, comportamento esse, quase não observado entre os meninos.

Quanto à idade, neste estudo o tracoma foi mais prevalente na idade de 10 anos, 5 casos (33,3%). Treharne, (1988) discorre que, as crianças menores de 10 anos são as mais suscetíveis, sendo apontadas como as principais disseminadoras do tracoma. Munoz et al. (1997) destacam maiores prevalências em pré-escolares, havendo um declínio significativo após a idade de 10 anos. Afirmando esses autores, Brasil (2014), descreve que as formas ativas (TF/TI) diminui com a idade, entretanto, a prevalência da forma cicatricial (TS) e sequelares (TT /CO) ficam mais elevadas à medida que a idade aumenta.

Em relação aos Hábitos higiênicos, observou-se que 95,7% (3.356) têm boa higiene facial, entre aqueles que o fazem, a maior parte realiza três ou mais vezes 51,8% (1.816) e enxugam 87,1% (3.054), 82,8% (2.901) dormem na cama/colchão e 61,9% (2.171) não compartilha o local onde dorme (Tabela 2).

Variáveis de Hábitos higiênicos	Frequência	(%)	Int. Conf.(95%)*
Local onde dorme			
Cama/colchão	2.901	82,8	81,5 - 84,0
Berço	5	0,1	0,1 - 0,4
Rede	566	16,1	15,0 - 17,4
Compartilha local que dorme			
Sim	1.238	35,3	33,7 - 36,9
Não	2.171	61,9	60,3 - 63,5
Higiene facial			
Limpa	3.356	95,7	95,0 - 96,4
Suja	42	1,2	0,9 - 1,6
Quantidade de vezes que lava o rosto			
Nenhuma	65	1,9	1,4 - 2,4
1 vez	549	15,7	14,5 - 16,9
2 vezes	1.034	29,5	28,0 - 31,0
3ou mais vezes	1.816	51,8	50,1 - 53,5
Enxuga o rosto			
Sim	3.054	87,1	86,0 - 88,2
Não	381	10,9	9,9 - 12,0

Tabela 2 – Distribuição da frequência de escolares do primeiro ao nono ano da rede pública,examinados para o tracoma segundo Hábitos higiênicos, Caxias-MA, 2016.

O mais importante fator de risco para o tracoma é a má higiene facial, sendo, caracterizado como a principal via de transmissão (MAHER et al., 2011). De acordo com esse autor, hábitos inadequados de higiene é fator preditor e está sempre associado ao tracoma, ao passo que, a presença de face limpa (ausência de secreção nasal e/ou ocular), e maior frequência da lavagem do rosto estão sempre relacionadas à probabilidade reduzida da doença.

Nos resultados verificados nesse estudo, a higiene facial mesmo tendo sido considerada satisfatória (limpa) com a existência de lavagem do rosto mais de três vezes, o tracoma prevalece. Stocks et al. (2014) explicam que, lavar o rosto uma vez por dia pode diminuir as chances das formas ativas do tracoma, embora lavar mais de uma vez, não implica em uma diminuição adicional.

No âmbito das variáveis sanitárias, verificou-se que 95,5% (3.349) dos escolares possuem água encanada em sua residência, 95,4% (3.343) possuem banheiro, 76,0% (2.663) há presença de fossa séptica, 83,2% (2.915) há coleta de lixo e 55,6% (1.949) existência de moscas em sua residência.

Variáveis Sanitárias	Frequência	(%)	Int. conf.(95%)*
Água encanada			
Sim	3.349	95,5	94,8 - 96,2
Não	112	3,2	2,6 - 3,8
Presença de banheiro			
Sim	3.343	95,4	94,6- 96,0
Não	147	4,2	3,6 - 4,9
Presença de fossa séptica			
Sim	2.663	76,0	74,5 - 77,4
Não	656	18,7	17,4 - 20,1
Presença de mosca			
Sim	1.949	55,6	53,9 - 57,3
Não	1.491	42,5	40,9 - 44,2
Possui coleta de lixo			
Sim	2.915	83,2	81,9 - 84,4
Não	571	16,3	15,1 - 17,6

Tabela 3 – Distribuição da frequência de escolares do primeiro ao nono ano da rede pública, examinados para o tracoma segundo variáveis Sanitárias, Caxias-MA, 2016.

Sabe-se que o tracoma ocorre com maior frequência em regiões onde há falta de água e condições sanitárias e habitacionais inadequadas, sendo assim é uma doença que está, ligada a pobreza. Estudos de D’Amaral et al., (2005) e Lucena et al.(2010), relatam que o tracoma apresenta maior prevalência em municípios com baixas condições socioeconômicas, saneamento precário e grande concentração populacional.

É necessário destacar ainda que, fatores como a presença de moscas e o grau de escolaridade dos responsáveis, pode não ser um fator determinante para o desenvolvimento da doença, porém requerem atenção, uma vez que a transmissão através de moscas domésticas é uma realidade. Estudos de Luna et al., 1992; Emerson et al., 1999; Schemann et al., 2002 revelam que, uma quantidade elevada de moscas em torno das residências é um fator significativo para a existência da infecção do tracoma.

Com relação às condições habitacionais e econômicas observou-se que os escolares que residem em casa própria e os domicílios com 2 a 4 pessoas estão em maior quantidade no estudo, com 72,8% (2.553) e 45,1% (1.580) respectivamente e que 38,0% (1.333) das mães dos escolares é a principal responsável financeira da família, 13,3% (466) informaram ter renda maior de um salário mínimo e 33% (1.157) apresentaram ter o 1º grau incompleto (Tabela 4).

Variáveis Habitacionais e Econômicas	Frequência	Porcentagem (%)	Int. conf. (95%)*
Ocupação habitacional			
Casa alugada	729	20,8	19,5 - 22,2
Casa própria	2.553	72,8	71,3 - 74,3
Outros	174	5,0	4,3 - 5,7
Quant. de pessoas no domicílio			
2-4	1.580	45,1	43,4 - 46,7
5-7	1.542	44,0	42,3 - 45,7
8 ou mais	347	9,9	8,9 - 10,9
Responsável financeiro da família			
Pai	1.080	30,8	29,3 - 32,4
Mãe	1.333	38,0	36,4 - 39,7
Os dois igualmente	819	23,4	22,0 - 24,8
Outras pessoas	213	6,1	5,3 - 6,9
Escolaridade do responsável financeiro			
1º grau completo	485	13,8	12,7 - 15,0
1º grau incompleto	1.157	33,0	31,5 - 34,6
2º grau completo	649	18,5	17,3 - 19,9
2º grau incompleto	218	6,2	19,9 - 7,1
Nível superior completo	220	6,3	5,5 - 7,1
Nível superior incompleto	198	5,6	4,9 - 6,5
Analfabeto	335	9,6	8,6 - 10,6
Renda familiar			
Menos que 1 salário	394	11,2	10,2 - 12,3
Mais que 1 salário	466	13,3	12,2 - 14,5

Tabela 4 –Distribuição da frequência de escolares do primeiro ao nono ano da rede pública, examinados para o tracoma segundo variáveis habitacionais e econômicas, Caxias-MA, 2016.

A baixa escolaridade é um fator que remete a menores padrões de conhecimento e informação sobre a doença, sendo considerada ponto forte para o aparecimento não apenas do tracoma mais de diversas enfermidades. Mengistu et al., 2016, relatam que, crianças cujos responsáveis apresentam um conhecimento inadequado sobre o tracoma, são 2,8 vezes mais propensas ao desenvolvimento da doença, comparadas as crianças com chefes de família com conhecimento adequado.

Foram identificados 15 casos de tracomas, destes, dois casos (13%) apresentaram a forma clínica folicular e 13 casos (86,7%) a forma cicatricial da doença. As demais formas clínicas, tracoma intenso (TI), triquíase (TT) e opacificação corneana (CO) não foram encontradas na amostra examinada (Tabela 5).

Dos casos diagnosticados para tracoma, 6 (40%) eram do sexo feminino, sendo 1 (16,7%) Tracoma Folicular e 5 (83,3%) Cicatriz Tracomatosa; e 9 (60%) eram do sexo masculino, sendo 1 (11,1%) Tracoma Folicular e 8 (88,9%) Cicatriz tracomatosa.

A idade variou de 9 a 15 anos, destes 2 casos (13,3%) com 9 anos, 5 casos

(33,3%) com 10 anos, 2 casos (13,3%) com 11 anos, 3 casos (20%) com 13 anos e 3 casos (20%) com 15 anos. O Tracoma Folicular foi diagnosticado nas idades de 9 (1 caso) e 10 (1 caso) anos e a Cicatriz Tracomatosa foi diagnosticada nas demais idades deste intervalo. Os estudantes com a forma clínica de Tracoma Inflamatório Folicular, foram tratados com a medicação preconizada que é a Azitromicina, conforme protocolo do Ministério da Saúde.

Na investigação das manifestações clínicas as mais frequentes foram: prurido 73,3% (11); olhos vermelhos 40% (6); sensação de ardor 26,6% (4) dos escolares infectados.

Sinais, sintomas e formas clínicas	Frequência	(%)	Int. Conf.(95%)*
Alunos com tracoma			
Sim	15	0,4	0,2 - 0,6
Não	3.490	99,6	99,3 - 99,8
Formas clínicas			
Tracoma folicular (TF)	2	13,3	12,2–14,4
Cicatriz Tracomatosa (TS)	13	86,6	85,5–87,7
Sinais e sintomas			
Olhos vermelhos	6	40	39 - 41
Prurido	11	73,3	72,2–74,4
Sensação de ardor	4	26,6	25,5–27,7
Tratamento para o tracoma			
Azitromicina	2	13,3	12,2–14,4
Nenhum	13	86,6	85,5–87,7

Tabela 5 – Distribuição da frequência de escolares do primeiro ao nono ano da rede pública, examinados para o tracoma segundo as manifestações clínicas e formas clínicas, Caxias-MA, 2016.

O prurido foi a queixa mais significativa dentre os sintomas, corroborando com a literatura de Jesus et al. (2013); Chinen et al. (2006) e Ferraz (2006), que apontaram o prurido como o sintoma mais frequente. Koizumi et al. (2005) relatam que apesar do prurido não ser uma manifestação clínica clássica, pode atuar como facilitador da transmissão.

4 | CONCLUSÃO

De forma geral, observou-se que embora a prevalência do tracoma tenha sido baixa no município, a busca ativa e ações de saúde tem papel relevante para detecção dos casos de tracoma, devendo ser estabelecidas ainda parcerias com unidades básicas de saúde e programa de saúde na escola (PSE), para melhor controle da doença.

REFERÊNCIAS

- ALVES, F.A. P. **Tracoma em Pernambuco: Análise das Intervenções e dos Fatores Individuais e Ambientais Associados à Ocorrência da Doença**. 2014.153f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Controle do Tracoma**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualcontroletracoma.pdf>. Acesso 17 de mar de 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Controle do Tracoma**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_tracoma_eliminao_cegueira.pdf. Acesso 17 de mar de 2016.
- CHINEN, N. H. et al. Aspectos epidemiológicos e operacionais da vigilância e controle do tracoma em escola no município de São Paulo, Brasil. **Epidemiol. Serv de Saúde**. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 69-75, 2006.
- COLLIER, L. H. **Trachoma and Chlamydial Diseases**. In: Cox FEG (Ed). The wellcome trust illustrated history of tropical diseases. London: The Wellcome Trust, 1996. p. 83-95.
- D'AMARAL, R. K. K et al. Fatores associados ao tracoma em área hipoendêmica da Região Sudeste, Brasil. **Cad Saúde Pública**.v.21,n.6, p.1701-8, 2005.
- EMERSON, P. M. et al. Effect of fly control on trachoma and diarrhoea. **J. Lancet**, Minneapolis, v. 353, p. 1401-1403, 1999.
- FERRAZ, L.C. B. **Tracoma em Crianças do Ensino Fundamental no Município de Bauru Estado de São Paulo, Brasil**. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006.
- FERRAZ, L. C. B. et al. Tracoma em crianças do ensino fundamental no município de Bauru- Estado de São Paulo, Brasil. **Arq Bras Oftalmol.**, São Paulo, v.73, n.5, p. 433-437, 2010.
- IBGE – Instituto de Geografia e estatística. Caxias-Ma. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2103000/pesquisa/23>. Acesso em 09/09/2016
- JESUS, H. S. et al. Inquérito Domiciliar de Prevalência de Tracoma em Crianças do Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 318-324, 2013.
- LUCENA, A. R.; CRUZ, A. A. V.; CAVALCANTI,R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidades da chapada do Araripe – Pernambuco – Brasil. **Arq.Bras.Oftalmol.**, São Paulo, v.67, n. 2, p.197-200, 2004.
- LUCENA, A. R.; CRUZ, A. A. V.; AKAISHI, P. Epidemiologia do Tracoma em Povoado da Chapada do Araripe - CE. **Arq.Bras.Oftalmol.**, São Paulo, v. 73, n.3, p.271-275, 2010.
- LUNA, E. J. A. et al. Epidemiology of trachoma in Bebedouro, State of São Paulo, Brazil: Prevalence and risk factors. **Int. J. Epidemiol.**, London, v. 21, n.1, p.169 – 177, 1992. 41.
- KOIZUMI, I.K. et al .Prevalência do Tracoma em Pré-escolares e Escolares no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p, 937 -42. Dez, 2005.
- MACHARELLI, C. A. **Aspectos epidemiológicos do tracoma em crianças do ensino fundamental do Município de Bauru – SP: a utilização do geoprocessamento na priorização de recursos do setor saúde 2010**. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo – SP.

- MAHER L, TAYLOR HR, BARTON J. Trachoma. **Public Health Bulletin**, NSW, v 22, p. 9-10. 2011.
- SHELLINI, S.A. et al. Prevalência e localização dos casos de tracoma detectados em escolares de Botucatu, São Paulo – Brasil. **Arq Bras Oftalmol**. São Paulo,v.73. n. 4, p.358-62, jul 2010.
- SHELLINI, S. A.; SOUSA, R. L. F. Tracoma: ainda uma importante causa de cegueira. **Rev. bras. oftalmol**. São Paulo.v.71, n. 3, p. 199-204.Jun 2012.
- SCHÉMANN, J.F. et al. Risk factors for trachoma in Mali. **Int.Journal of Epidemiology**. v. 31, n. 1, p. 194-201. 2002.
- STOCKS, M. E. et al. Effect of water, sanitation, and hygiene on the prevention of trachoma: a systematic **Review and Meta- Analysis**. PLoS, São Francisco, v. 11, n. 2, p. 1001-605, 2014.
- THYLEFORS,et al. A simple system for the assessment of trachoma and its complications. **Bull World Health Organ**. v. 64. 1987.
- TREHARNE, J.D. The microbial epidemiology of trachoma. **Int Ophthalmol**.v.12, p. 25-9. 1988.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the 2nd Global Scientific Meeting on Trachoma**. Geneva. Aug 2003. Disponível em :< <http://www.who.int/blindness>Acesso em 17 de mar de 2016.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES MENORES DE CINCO ANOS INTERNADOS COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE

Data de aceite: 27/11/2019

Data de submissão: 21/10/2019

Simone Souza de Freitas

Graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil. <https://www.cnpq.br/3885340281560126>

Ana Raquel Xavier Ramos

Graduação em enfermagem pela Universidade Estadual de Pernambuco – UPE. Recife, PE, Brasil. <http://Lattes.cnpq.br/2029187705233151>

Jacqueline Santos Valença

Graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/0779123946590756>

Kaio Felipe Araújo Carvalho

Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES. Recife. PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/2942526716244466>

Lilíada Gomes da Silva

Mestrado em Cirúrgica pela Universidade – Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7886995024929103>

Ligiane Josefa da Silva

Graduação em enfermagem pelo Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA. Recife, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/5743095047901710>

Maria Luzineide Bizarria Pinto

Graduação em enfermagem pela Faculdade de Tecnologia de Alagoas – FAT/FAPEC. Maceió. AL,

Brasil. <http://Lattes.cnpq.br/2029187705233151>

Raniele Oliveira Paulino

Graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7717761217010566>

Stefany Catarine Costa Pinheiro

Graduação em enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7844484988971593>

RESUMO: A síndrome respiratória aguda grave (SRAG) é observada em indivíduos de qualquer idade como doença respiratória aguda caracterizada por uma tríade com febre, tosse e dispneia. A importância da síndrome respiratória aguda grave como questão de saúde pública cresceu após 2009, quando registrou-se a primeira pandemia do século XXI, pelo vírus influenza A (H1N1). **OBJETIVO:** Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes menores de 5 anos internados com Síndrome Respiratória Aguda Grave no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **MÉTODOS:** Foi um estudo observacional, descritivo de abordagem quantitativa de crianças com síndrome respiratória aguda grave internados no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira no período de janeiro a

dezembro de 2015. Os dados foram coletados através de questionário estruturado. **RESULTADOS:** O Influenza A subtipo H1N1 foi o agente etiológico em que mais ocasionou casos de síndrome respiratória aguda grave. Os menores de um ano foram os mais acometidos pela síndrome respiratória aguda grave. **CONCLUSÃO:** É incontestável o aumento da morbimortalidade por síndrome respiratória aguda grave no decorrer dos anos, tornando necessário um olhar mais cauteloso quanto à circulação dos vírus. Ressalta-se a importância de estudos epidemiológicos constantes para o conhecimento cada vez mais preciso destes agentes etiológicos, sua circulação e sua sazonalidade, fortalecendo os dados dos vírus no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Crianças, Epidemiologia, síndrome respiratória aguda grave.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS UNDER FIVE YEARS INTERNAL WITH SERIOUS ACUTE RESPIRATORY SYNDROME IN A REEF CITY HOSPITAL

ABSTRACT: Severe Acute respiratory syndrome (SRAG) is observed in individuals of any age as acute respiratory disease characterized by a triad with fever, cough and dyspnea. The importance of severe acute respiratory syndrome as a public health issue grew after 2009, when the first pandemic of the 21ST century was recorded by the influenza A (H1N1) virus. **OBJECTIVE:** To describe the epidemiological profile of patients under 5 years of age admitted with severe acute respiratory syndrome at the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **METHODS:** This was an observational, descriptive study of a quantitative approach of children with severe acute Respiratory Syndrome admitted to the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira from January to December 2015. Data were collected through a structured questionnaire. **RESULTS:** Influenza A H1N1 subtype was the etiological agent in which most cases of severe acute respiratory syndrome were caused. Those younger than one year were the most affected by severe acute respiratory syndrome. **CONCLUSION:** The increase in morbidity and mortality due to severe acute respiratory syndrome is undeniable over the years, making it necessary to look more cautious about the circulation of viruses. We emphasize the importance of constant epidemiological studies for the increasingly precise knowledge of these etiological agents, their circulation and their seasonality, strengthening the data of viruses in Brazil.

KEYWORDS: BChild, Epidemiology, Severe acute respiratory syndrome.

INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas são responsáveis por um elevado índice de atendimento médico pediátrico ambulatorial e hospitalar no mundo. Sendo, em sua maioria de etiologia viral, elas representam importante causa de morbimortalidade,

principalmente em crianças menores de cinco anos de idade¹. Uma criança pode ter de 10 a 12 infecções respiratórias no ano. Em geral as infecções respiratórias têm evolução autolimitada, porém pode evoluir para forma mais grave, isto ocorre quando a infecção atinge o trato respiratório inferior gerando as pneumonias e broncopneumonias, estas são responsáveis por um maior número de internamentos podendo causar também complicações que podem levar a óbito principalmente se houver alguma comorbidade associada². Segundo During et al, 2015 afirma que a elevada taxa de mortalidade por infecção respiratória aguda é maior nos países em desenvolvimento.

Os principais agentes causadores das infecções respiratórias agudas são: os (vírus sincicial respiratório (VSR), adenovírus (Ad), vírus influenza (Flu) A e B, parainfluenza (PF) e o metapneumovírus humano (MPVh) estes, desenvolvem um quadro clínico clássico de início abrupto e sintomas de uma síndrome gripal (SG), como febre, tosse seca, dor de garganta, mialgia, cefaleia e prostração³. Geralmente, tem resolução espontânea em aproximadamente 7 dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas e em alguns casos, os fatores de risco como local de residência, exposição ao fumo, frio e umidade, desnutrição, desmame precoce, idade da mãe, menor grau de instrução materna, entre outros podem contribuir para o surgimento da síndrome respiratória aguda grave (SRAG)⁴.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que, a Vigilância Epidemiológica é responsável pelo monitoramento dos vírus da influenza onde atua por meio da integração de diversas estratégias nas quais estão inseridas a vigilância de síndrome gripal (SG) em unidades sentinelas, que são as instituições responsáveis por identificar casos de infecção respiratória, coletar amostras para os exames de nasofaringe e orofaringe de pacientes sintomáticos⁵. Desde a pandemia de 2009 a vigilância dos casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) é uma das atribuições da epidemiologia para que se possa identificar e acompanhar a evolução de casos de SRAG em Crianças hospitalizadas⁶.

A SRAG é caracterizada clinicamente por febre, tosse e dispneia, acompanhada ou não do aumento da frequência respiratória (de acordo com idade); Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente; e em crianças, é preciso observar também algumas manifestações clínicas como: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência⁷. Em geral a transmissão ocorre de pessoa-a-pessoa por gotículas ou por objetos contaminados por secreções respiratórias, infectando com mais frequência em épocas do ano em que há maior aglomeração de pessoas dentro dos domicílios². A explicação para este fato é a de que a incidência da SRAG é sazonal⁸. Segundo Bouzas 2016, diz que o vírus da influenza pode permanecer viável por até 10 horas em um objeto

ou superfície seca (maçaneta, toalha, talher, etc). Os adultos infectados passam a liberar o vírus pela tosse, espirro ou fala 1 dia antes do início dos sintomas, até cerca de 3 dias após o desaparecimento da febre⁹.

Em relação ao período de incubação dura de 1 a 4 dias. As crianças, comparadas aos adultos, excretam vírus mais precocemente, com maior carga viral e por longos períodos¹⁰. Pessoas com alto grau de imunodepressão podem excretar vírus por semanas ou meses. A suscetibilidade é geral, ou seja; todo indivíduo em algum período da vida estará propenso a adquirir a infecção viral; isto explica, em parte, a grande capacidade deste vírus em causar frequentes epidemias, é neste momento que as campanhas anuais de vacinação da gripe ganham destaque por ter a função de prevenir doença respiratória aguda¹¹.

Segundo a Organização Pan-Americana de saúde entre as medidas de promoção de saúde e prevenção dos agravos respiratórios, destacam-se: imunização, aleitamento materno, alimentação nutricional adequada, higiene ambiental e pessoal para a prevenção de disseminação de infecções em especial, lavagem das mãos, higiene nasal, manutenção da ventilação no ambiente e desinfecção de objetos usados pelas crianças¹².

Nesse sentido, a Assistência de Enfermagem, ao lidar com questões relacionadas a SRAG entre as crianças, deve incluir os familiares na participação do cuidar dessas crianças orientando-as quanto a importância da higienização pessoal dessas crianças e ambiental entre outras, pois a família pode ser importante no auxílio às mudanças de comportamento e desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável¹³.

Dentro desta discussão, a problemática que se propõe para esse estudo é: que fatores de riscos podem ser associados a SRAG entre as crianças que foram internadas num hospital de referência na Cidade de Recife, Pernambuco? E, esta questão torna-se relevante, tendo em vista que a SRAG entre as crianças parece ser cada vez mais crescente.

Dessa forma, cabe, também, ao profissional de Enfermagem evidenciar, por meio de ações de Educação em Saúde, os fatores de riscos que podem ser associados a tal doença, a fim de minimizar possíveis problemas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo de abordagem quantitativa. As pesquisas quantitativas são mais adequadas para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos padronizados (questionários), e, devem ser realizadas quando se sabe exatamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa¹⁰. Nesse sentido, podem ser

realizados estudos da descrição das populações, considerados como quantitativos - descritivos os quais visam à exata descrição de certas características quantitativas da população como um todo, organização ou outras coletividades específicas e quando se pesquisa aspectos qualitativos como atitudes e opiniões, empregam-se escalas que permitam sua quantificação¹¹.

Esta pesquisa ocorreu numa perspectiva quantitativa cujos dados foram coletados através de ficha de notificação padronizada por Ministério da Saúde, de crianças de 0 a 5 anos hospitalizadas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) que apresentaram febre, tosse e dispneia. As fichas de notificação continham identificação do paciente, dados demográficos, evolução clínica e exames complementares. As informações foram registradas elaborando-se uma planilha contendo as variáveis e os resultados obtidos a partir da análise das fichas. Detalhes do que contém os prontuários estão listadas abaixo.

A população estudada foi constituída por crianças que estavam internadas no hospital de referência localizado na cidade de Recife em Pernambuco, no ano de 2015 que apresentaram quadro clínico compatível com a síndrome respiratória aguda grave. Assim, este estudo foi realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, sendo um hospital considerado de Referência para SRAG pelo fato de ser sentinela para a doença e oferecer fácil acesso como campo de pesquisa.

Metodologia geral para preenchimento

Informações relacionadas à SRAG relatada pelos responsáveis pela criança ou pelo médico assistente foram registradas em campos fechados, com três alternativas de resposta:

1. sim, se foi relatado o sintoma/sinal em questão;
2. não, se foi negado o sintoma/sinal em questão;
- 9- ignorado, se não havia registro desse sintoma/sinal.

Dados demográficos e de identificação

Foram registrados inicialmente o número identificador do prontuário e a data da internação, ou seja, quando ocorreu o diagnóstico e/ou o tratamento do primeiro episódio da SRAG. Posteriormente, através do prontuário e da ficha de notificação, foram obtidos o nome do paciente, datas de nascimento e de alta hospitalar. Através da ficha de notificação foi possível obter a idade dos pacientes e meses.

Dados do exame clínico

Dados da entrevista foram registrados no período da admissão. Foram obtidas informações do exame físico nesse momento e em mais dois períodos.

O primeiro período traz dados da história natural da SRAG, permitindo identificar sua apresentação sem influência de medidas terapêuticas específicas. O segundo período compreendeu entre à melhora que os pacientes usualmente experimentam na primeira semana de tratamento. O último período foi relativo ao momento da alta hospitalar ou óbito, fornecendo dados clínicos após o maior tempo de intervenção terapêutica, não coincidindo, na maioria dos casos, com o final do tratamento.

Exame físico

Os sinais investigados e informados no prontuário foram: febre, tosse, dispneia, prostração, desidratação, desconforto respiratório, hipoxemia.

Exames laboratoriais

Específicos para síndrome respiratória aguda grave

Os exames de diagnóstico para SRAG foram o nasofaringe e orofaringe.

Inespecíficos

Os exames complementares incluíram hemograma, função renal, eletrólitos, gasometria arterial e raio-x do tórax.

Delineamento da pesquisa

Critérios de inclusão

Fichas de notificação dos pacientes de 0 a 5 anos de idade internados no IMIP e que apresentem quadro clínico compatível com a síndrome respiratória aguda grave.

Critérios de exclusão

Crianças que tiveram internações em outros serviços, vindo para o IMIP a partir da primeira ou mais recidivas, incompletude das fichas e fichas que não apresentem resultado de exames.

Aspectos éticos

Este estudo atende a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que se fundamenta nos principais documentos internacionais que emanam declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos. O projeto foi aprovado no comitê de ética em pesquisa: CAAE: 47895315.8.0000.5201

As crianças não estiveram expostas a riscos físicos, pois pela aplicação de questionário, normalmente, os riscos são mínimos (ou eventuais constrangimentos

por expor pontos de vistas particulares), sem riscos físicos.

Esta pesquisa teve como benefícios, a divulgação de um artigo científico que destaque as reflexões realizadas sobre as formas de atuação da enfermagem na promoção de ações educativas, na Área de Educação em Saúde da criança, com vistas à disseminação de informações a respeito dos perigos que podem ser associados a síndrome respiratória aguda grave, junto a este público específico, e às instituições formativas responsáveis.

Os dados foram coletados de modo individual, a partir da aplicação de questionário (ficha de notificação) mais TCLE, e depois de respondidos, os questionários foram lacrados em envelopes individuais e entregues ao estatístico para realização de análise estatística, através de tabulações, utilizando software como tabwin, Excel, a fim de formar gráficos para apresentação das variáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De janeiro a dezembro de 2015, foram notificados 125 casos da Síndrome Respiratória Aguda Grave em crianças menores de cinco anos no hospital avaliado. Em relação aos casos notificados, 51,1% dos indivíduos eram do sexo masculino enquanto no sexo feminino houve 47,8% e os mais acometidos foram a faixa etária menor de um ano com 82,2% seguida pelo período de vida de vinte e quatro meses a três anos com 13,3% e por último o número menor de notificações foi em quatro a cinco anos com 4,4%, mostrando que a Síndrome Respiratória Aguda Grave, tem sido cada vez mais frequente na vida das crianças.

De acordo com dados levantados, as consequências decorrentes da Síndrome Respiratória Aguda Grave ao bem-estar físico mostram que a maioria dos responsáveis pelas crianças internadas afirmam que a SRAG deixa as crianças indisposta, afetando suas atividades diárias. Porém, não se pode deixar de levar em consideração que essas crianças se encontram em um período da vida em que estão se processando mudanças biológicas, sociais e psicológicas, tais mudanças tornam estas crianças mais vulneráveis, incluindo-os, muitas vezes, no grupo de risco para o início de outras comorbidades como a pneumonia, bronquites²⁻¹³. A Síndrome Respiratória Aguda Grave em crianças está associado a uma série de prejuízos no desenvolvimento da própria adolescência e em seus resultados posteriores, os prejuízos decorrentes da SRAG em crianças são diferentes dos prejuízos evidenciados em um adulto, seja por especificidades existenciais desta etapa da vida, seja por questões de prostração já que uma criança pode vir a adoecer por SRAG dez ou mais vezes durante o ano¹⁴.

A Síndrome Respiratória Aguda Grave em crianças também está associada a

uma série de prejuízos escolares, sabendo-se que a memória é função fundamental no processo de aprendizagem e que está se altera com as manifestações clínicas decorrente da SRAG, é natural que este também comprometa o processo de aprendizagem¹⁵. Cabe a enfermagem realizar educação em saúde, investigar sinais e sintomas, aliviar o nível atual de ansiedade, elaborar estratégias para promover a socialização efetiva, a fim de minimizar futuros danos a saúde¹⁶. Estes dados sugerem que grande parte das crianças, são acometidos pela doença podendo levar ao internamento hospitalar. Isso mostra que as crianças têm maior facilidade em se infectar com o vírus por dependerem de outros para realizar sua higienização pessoal, onde nem sempre é no momento que entra em contato com o vírus, principalmente através de objetos contaminados¹⁸.

Outro fator importante é o contato acentuado dos amigos, em relação a transmissão dos vírus da SRAG. Estes padrões pode ser explicado por esta fase onde ocorre à permanência em creches e escolas, havendo maior chances dessas crianças serem acometidas pela SRAG¹⁹. Verificou-se ainda que um grande contribuinte também para a disseminação da SRAG é o clima, visto que, segundo sua sazonalidade, ocorre nos meses de inverno onde normalmente há uma diminuição das temperaturas e o aumento dos períodos de chuva o que favorece a susceptibilidade do vírus durante as épocas mais frias do ano. Podemos relacionar este fato com a faixa etária mais acometida pelo vírus, as crianças menores de cinco anos de idade, que ainda possuem o sistema imunológico imaturo e por isto durante esta época são mais suscetíveis a desenvolver a SRAG²⁰. Entre as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes do nosso estudo, a febre, tosse e dispneia foram os principais motivos para alertar os responsáveis. Além da tríade, o desconforto respiratório também foram sintomas frequentes, seguidos de mialgia e obstrução nasal, dor de garganta e vômitos. (Gráfico 1).

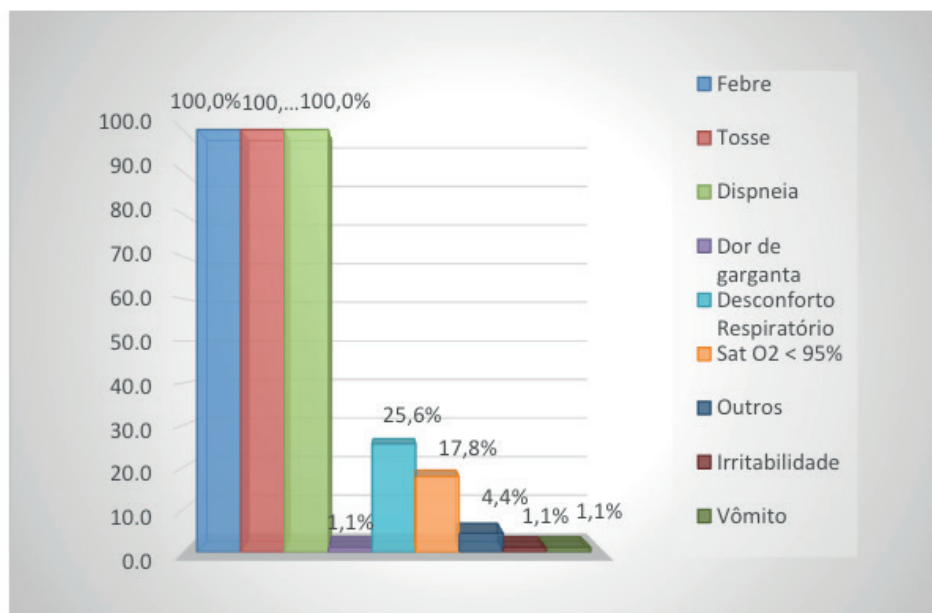


Gráfico 1: Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave notificados e confirmados segundo sinais e sintomas, no IMIP. Recife, PE no ano de 2015.

De acordo com dados alcançados, as consequências decorrentes da Síndrome Respiratória Aguda Grave é o absenteísmo escolar por muitas vezes estes sintomas levarem a hospitalizações e quando não, causam indisposição e prostração na criança.

De fato, os vírus da SRAG são patógenos cada vez mais reconhecido em adultos, idosos, imunocomprometidos e em crianças já que a infecção pelos Vírus da SRAG não confere proteção a longo prazo, uma vez que reinfecções podem ocorrer ao longo da vida (Gráfico2). Isso ocorre devido o comprometimento das vias respiratórias, e principalmente à diminuição congênita ou adquirida da imunidade do organismo do indivíduo, fazendo com que a resposta imune do organismo contra os vírus da SRAG seja ineficaz, causando muitas vezes, a progressão da síndrome²⁰.

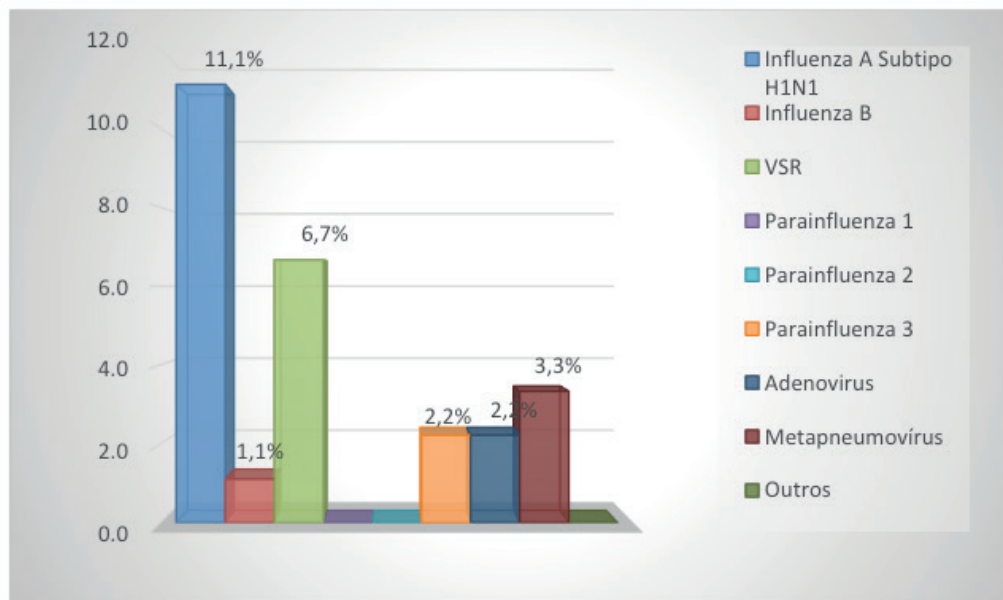


Gráfico 2: Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave notificados e confirmados segundo os vírus detectados, no IMIP, Recife, PE no ano de 2015.

Em contrapartida, a Vigilância Epidemiológica Hospitalar do IMIP é responsável por um grande número de notificações de SRAG no estado de Pernambuco, de extrema importância para a identificação e monitoramento dos vírus circulantes. A amostra escolhida faz parte do grupo prioritário no que diz respeito à vacinação da gripe. Sobre os pacientes que evoluíram para óbito, estes possuíam um risco maior de desenvolverem complicações por apresentarem comorbidades associadas.

Diante desta problemática, o enfermeiro tem um papel fundamental frente às ações preventivas para este público, pois, são agentes - chave no processo de transformação social, por meio da promoção à saúde, se faz necessário, no entanto, o preparo de profissionais para atuarem junto a essa clientela, pois a assistência deve voltar-se para a necessidade de diagnosticar a Síndrome Respiratória Aguda Grave e os prejuízos causados por ele à vida das crianças de forma precoce, com isso os problemas levantados poderão ser amenizados¹⁹. O processo educacional, além de gerar e disseminar conhecimentos e empoderamento, ainda possibilita uma ampliação do saber na dimensão humana e de melhoria da qualidade de vida, nesse ambiente escolar, deve-se também “aprender a ser” e “aprender a conviver”.

Com isso, entendemos que a promoção da saúde é uma ação com grande potencial para desenvolvimento em espaços escolares, já que estes são locais de diálogos, privilegiados para troca de saberes e expressão da diversidade cultural independente a faixa etária, lembrando-se de que a educação em saúde auxilia na construção de indivíduos e coletividades que constituem a sociedade¹⁶. Diante deste contexto, torna-se necessário analisar o papel da família pela importância que adquire nesta fase da vida. A família pode ter papéis diferenciados, seja na implantação da higienização, alimentação saudável para as crianças, seja, ao

contrário, como uma instituição protetora para a saúde das crianças, acolhendo, apoiando e orientando-os.

CONCLUSÃO

O presente trabalho evidenciou que a Síndrome Respiratória Aguda Grave tem acometido cada vez mais as crianças. De fato, o maior número de casos pelos vírus da SRAG é nas crianças. Porém, é evidente a circulação do vírus em idosos acima de 50 anos e também em adultos entre 20 e 49 anos de idade, causando síndrome respiratória aguda grave e podendo até evoluir ao óbito. Crianças que tem a SRAG, apresentam maior chance de risco à saúde e absenteísmo escolar que os adultos, vale ressaltar que a publicidade é um instrumento importante a ser utilizado como incentivador de práticas de higiene adequadas para a proteção das crianças contra a transmissão desses vírus.

Ficando claro que estas crianças devem ser acompanhadas com atenção especial por representarem um grupo mais vulnerável a síndrome respiratória aguda grave. Tendo em vista a magnitude e complexidade do problema, é notável a importância da implantação de programas de prevenção direcionada as crianças e seus familiares nas escolas e creches de forma mais efetiva da disseminação dos vírus e como diminuir a forma de transmissão, julgando necessário maior conscientização, para assim minimizar os males causados pela Síndrome Respiratória Aguda Grave ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

1. BOUZAS, M.L.S.B. **Diferenças na sazonalidade dos subtipos A e B do Vírus Sincicial Respiratório em crianças com infecção respiratória aguda.** 104f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília, 2014. 812 p. Disponível em: Acessado em: 08 set. 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. **Vigilância Sentinela de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Unidade e Terapia Intensiva.** Brasília, 2015
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Monitoramento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em hospitalizados: informe técnico quinzenal de Influenza.** Influenza Pandêmica (H1N1); 2009. [acesso 2016 Set 22]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_influenza_setembro_2010.pdf
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.** Protocolo de Tratamento de Influenza. Brasília, 2015(a). 42 p.

Disponível em: . Acessado em: 25 jan. 2016

7. Bricks LF, Domingues CMAS, Carvalhanas TRMP, Pereira S, Moraes JC. **Influenza em crianças: o que há de novo?** J Health Bio Sci. 2014;2(3):125-34.
8. Barbosa SSV, Araujo TS, Furtado CC, Montanha D. **Palivizumabe contra o vírus sincicial respiratório em pacientes pediátrico: IX Mostra de Trabalhos Acadêmicos; III Jornada de Iniciação Científica de Santos; 2015 Out 26; Santos, SP, Brasil. Rev Unilus: Ensino Pesqui. 2016;13(30).**
9. CARNEIRO, M.; TRENCH, F. J. P.; WAIB, L. F.; PEDRO, F. L.; MOTTA, F. **Influenza H1N1 2009: revisão da primeira pandemia do século XXI.** Revista AMRIGS, v. 54, n. 2, p. 206-213, 2010.
10. COSTA, Lourenço F. **Rinovírus humano em infecções respiratórias agudas em crianças menores de cinco anos de idade: fatores envolvidos no agravamento da doença.** 91 f. Dissertação (Mestrado em Microbiologia Médica) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.
11. DAMASIO, Guilherme A. C. **Avaliação da detecção de vírus respiratórios em pacientes hospitalizados com e sem notificação para síndrome respiratória aguda grave.** 73 f. Dissertação (Mestrado em Microbiologia, Parasitologia e Patologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.
12. LOPES, P. S. D.; SCHEIBEL, I. M. **Cobertura vacinal contra influenza e motivos da não vacinação em crianças com idade de risco internadas em hospital terciário.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p. 73-77, 2015
13. FARIA, S.P.G. **O papel dos vírus na infecção respiratória inferior da criança – Experiência profissionalizantes nas vertentes de investigação e farmácia comunitária.** 118f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade da Beira Interior, Covilhã: Outubro, 2012.
14. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde. Brasília: BRASIL, 2014.**
15. Monteiro CC, Dezanet LNC, França EB. **Monitoramento de vírus respiratórios na região metropolitana de Belo Horizonte, 2011 a 2013.** Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(2):233-42.
16. NIOBEY, F. M. L.; DUCHIADE, M. P.; VASCONCELOS, A. G. G.; CARVALHO, M. L.; LEAL, M. C. & VALENTE, J. C., 1992. **Fatores de risco para morte por pneumonia em menores de um ano em região metropolitana do Sudeste do Brasil.** Um estudo de tipo caso-controle. Revista de Saúde Pública, 26:229-238
17. Qazi S, Were W. **Improving diagnosis of childhood pneumonia.** Lancet Infect Dis. 2015;15:372-3.
18. SILVA, D.C.C.E. **Incidência de infecções graves pelo vírus sincicial respiratório em crianças prematuras.** 132f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e Adolescente, área de concentração Imunologia: Alergologia e Pneumologia Pediátrica) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.
19. SOUZA, RC, Silva JHG. **Manobras de recrutamento alveolar na síndrome da angústia respiratória aguda: uma revisão sistemática.** Revista Inspirar Movimento & Saúde. 2015;7(4):34-39.
20. URZÊDA, LM, Amaral A, Silva E. **Ventilação protetora e a posição prona na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo: Relato de caso.** RESC Revista eletrônica saúde e ciência. 2015;5(2):34-47.

SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA PARA FAMILIARES DE ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Data de aceite: 27/11/2019

UERN.

Mossoró – RN

Natana Abreu de Moura

Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – PPCCLIS/UECE.

Professora Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem/UECE.

Fortaleza-CE

Ana Ruth Macêdo Monteiro

Profa. Dra. do Curso de Graduação em Enfermagem/UECE.

Docente do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS/UECE.

Fortaleza-CE

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas

Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS/UECE.

Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN/Campus Pau dos Ferros – CAMEAM.

Pau dos Ferros – RN

Liane Araújo Teixeira

Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – PPCCLIS/UECE.

Docente da Universidade Paulista.

Especialista em Saúde da Família.

Fortaleza – CE

Kelianny Pinheiro Bezerra

Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – PPCCLIS/UECE.

Profa. Adjunta 4 da Faculdade de Enfermagem/

Joana Darc Martins Torres

Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS/UECE.

Fortaleza – CE

RESUMO: O estudo objetivou compreender o significado da violência para familiares de adolescentes em sofrimento psíquico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com referencial teórico na Fenomenologia social de Alfred Schutz. Os dados foram coletados entre agosto e dezembro de 2015, a partir de uma entrevista semiestruturada com familiares de adolescentes em sofrimento psíquico atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. A análise dos dados resultou em três categorias temáticas: significados da violência; ‘motivações porque’; sofrimento psíquico e violência. Os aspectos éticos e legais foram respeitados. Os significados da violência foram relatados de diferentes formas: violência doméstica, uso de drogas, estigma da loucura, classe social. Os ‘motivos porque’ podem ser vistos como situações em que os adolescentes agem com violência, sendo o adolescente tanto vítima como agressor. A violência expressa

pelo adolescente em seu mundo da vida é associada, muitas vezes, pelos familiares como consequência do seu sofrimento psíquico. Pode-se apreender que a família compreende/tipifica a violência no campo da agressão física, ou em práticas que ela está bem perceptível, como a questão do uso de drogas, precisando de maior sensibilização para que a família mantenha laços afetuosos e não violentos com o adolescente em sofrimento psíquico.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Violência. Adolescente. Saúde Mental.

MEANINGS OF VIOLENCE TO FAMILY MEMBERS OF ADOLESCENTS IN PSYCHOLOGICAL DISTRESS

ABSTRACT: The study aimed to understand the meaning of violence for family members of adolescents in psychological distress. This is a qualitative research with theoretical reference in the Social Phenomenology of Alfred Schutz. Data were collected between August and December 2015, from a semi-structured interview with relatives of adolescents in psychological distress attended at the Children's Psychosocial Care Center. Data analysis resulted in three thematic categories: meanings of violence; 'reasons why'; psychic suffering and violence. The ethical and legal aspects were respected. The meanings of violence were reported in different ways: domestic violence, drug use, stigma of madness, social class. The 'reasons why' can be seen as situations in which adolescents act with violence, with the adolescent being both victim and aggressor. Violence expressed by adolescents in their life world is often associated by family members as a consequence of their psychological distress. It can be apprehended that the family understands/typifies violence in the field of physical aggression, or in practices that it is quite noticeable, such as the issue of drug use, needing greater awareness so that the family maintains affectionate and nonviolent ties with the teenager in psychological distress.

KEYWORDS: Nursing. Violence. Adolescent. Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno que se expressa no vivido, no cotidiano, nas relações intersubjetivas e compõe o estoque de conhecimento da consciência humana, repercutindo em ações no mundo da vida, sendo então um acontecimento social complexo (FREITAS; MOURA; MONTEIRO, 2016).

Para o setor saúde se tornou um problema de saúde pública, pois gera consequências que o atinge diretamente e indiretamente, repercutindo em danos físicos, psicológicas e mortes. Dessa maneira, várias estratégias tem sido pautadas para que os profissionais da saúde saibam lidar com situações que envolvem a

violência, agindo corretamente diante do cuidado a essas vítimas, principalmente diante da violência doméstica (LEITE et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a violência em autoinfligida, direcionada a outros (interpessoal) e coletiva. Na violência interpessoal estão como grandes protagonistas a família e a comunidade/sociedade. Os tipos de violência praticados por esses dois grupos podem ser: física, sexual, psicológica e de negligência ou privações (KRUG, 2002).

Destaca-se que a família é apontada como a principal autora das agressões contra crianças e adolescentes, onde a violência física esteve mais presente entre adolescentes de 10 e 14, a violência sexual ficando em segundo lugar; e na faixa etária de 15 a 19 anos as notificações foram principalmente de agressão física, psicológica e violência sexual, respectivamente (BRASIL, 2013).

A violência se relaciona com o sofrimento psíquico, historicamente o 'louco' foi tido como violento, atualmente sabe-se que a vivência de violência geralmente tem consequências psicológicas (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014). Para o adolescente em sofrimento psíquico é importante considerar se houve/há alguma situação de violência que possa ter contribuído para o quadro. A família, precisa então, ser considerada como um fator de risco, tanto como um fator de proteção para o sofrimento psíquico, bem como para a violência (GAUY; ROCHA, 2014; PINTO, 2014).

Atualmente, para o campo da saúde mental, e principalmente para os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), a família é vista como importante parceira. Sendo ela a principal responsável pelo cuidado prestado aos adolescentes em sofrimento psíquico é necessário saber como a mesma entende a violência e como esse fenômeno é expresso nas relações estabelecidas no contexto familiar.

O enfermeiro é um dos profissionais que se está presente dentro do CAPSi, muitas vezes não conseguindo atuar de forma eficiente e eficaz diante de situações de violência que envolva adolescentes, sendo ainda um cuidado de enfermagem incipiente. A atuação se dá mais quando a situação atinge extremos de violência em que os familiares, ou o próprio adolescente, necessitam dos serviços de saúde, sendo as unidades de urgência/emergência a porta de entrada e não os serviços de saúde mental, onde os enfermeiros geralmente agem mais no sentido de cuidados físicos e da notificação (SOUZA et al., 2015).

Tem-se, então, uma lacuna no conhecimento a respeito da prática de enfermagem em saúde mental diante da violência. Isso pode acontecer pelo fato de esse tema exigir novas posturas dos profissionais, no sentido de que as situações de violência vividas por adolescentes, em geral, estão associadas ao ambiente familiar, e ainda há uma resistência social que impede a intervenção no campo do privado.

Nesse contexto, entende-se a relevância desse estudo tanto para adolescentes, como para os familiares e profissionais da saúde, visto que visa contribuir para reflexões acerca do cuidado em saúde mental que se relaciona com a violência vivida por adolescentes e suas famílias. Assim, o objetivo do estudo foi compreender o significado da violência para familiares de adolescentes em sofrimento psíquico.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo com referencial teórico na fenomenologia social de Alfred Schutz. A fenomenologia social de Schutz tem como embasamento a fenomenologia filosófica de Edmund Husserl e a sociologia compreensiva da ação de Max Weber. Assim, Schutz, em sua obra, explicita conceitos que foram utilizados por Husserl, como a consciência, experiência, significado, conduta, ‘atenção à vida’, ‘ação no mundo exterior’ e ‘atitude natural’. Schutz também trabalhou intensamente a ideia de ‘mundo da vida’, onde, segundo Husserl, todas as experiências humanas se dão.

Dada a importância do ‘mundo da vida’ para a Fenomenologia de Schutz ele explora esse conceito pelo menos de três formas: analisando a atitude natural do homem no mundo da vida; analisando quais seriam os principais fatores que delimitariam ou determinariam a conduta particular humana no mundo da vida; e que todo ser humano contaria com um estoque de ‘experiências/conhecimento’ que poderia consultar para agir no mundo da vida (SCHUTZ, 2012).

Na sociologia de Weber, Schutz toma para aprofundar e confrontar com a fenomenologia de Husserl a ação social. Esta, por sua vez, dentro da sociologia de Weber, é entendida como sendo uma conduta no mundo social, quando é significativa para o sujeito que a pratica. Dessa forma, Weber concebe o “significado subjetivo como critério da ação humana” (SCHUTZ, 2012, p. 18).

A pesquisa aconteceu no CAPSi da Secretaria Regional IV do município de Fortaleza-CE, no período de agosto a dezembro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada. Foram incluídos os familiares que fossem os cuidadores diretos dos adolescentes e excluídos aqueles que após aceitarem participar do estudo e agendada entrevista não comparecessem ao dia marcado. Dessa forma, foram entrevistadas duas mães e uma tia.

A análise das entrevistas foi realizada a partir de transcrição e leitura minuciosa do material coletado, desconstrução das entrevistas com codificação dos trechos que remetiam ao objetivo do estudo, posterior agrupamento em categorias individuais e por último a união em categorias temáticas: **Significados da violência;** **‘Motivações porque’;** **Sofrimento psíquico e violência.**

Ainda, para a análise das entrevistas semiestruturadas, a priori, foi preciso sair da atitude natural e assumir uma atitude de Époché, a fim de suspender a dúvida sobre os relatos coletados. Para Schutz, se trata da suspensão da dúvida sobre o mundo exterior e seus objetos, acreditando que os mesmos possam ser como se apresentam, a fim de alcançar, ou se aproximar, da essência do fenômeno vivido (SCHUTZ, 2008, 2012).

A pesquisa foi aprovada do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará/UECE, com número de aprovação 696.813 e CAAE 27056814.0.0000.5534, sendo um recorte da dissertação de mestrado: 'Significados de práticas violentas no mundo da vida de adolescentes em sofrimento psíquico: motivações para o cuidado clínico de enfermagem'. Foi garantida a privacidade dos pesquisados e todos assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução 466/2012. Para a garantia do anonimato as responsáveis pelos adolescentes foram representadas por nomes de flores: Margarida, Rosa e Angélica.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Significados da violência

A Fenomenologia social de Schutz busca compreender o significado atribuído pelo sujeito a sua própria ação, tendo como base a intencionalidade da consciência, a intersubjetividade, a tipicidade e as motivações, que podem explicar a ação humana em atitude natural (SCHUTZ, 2012).

É através da intersubjetividade, denominada pela teoria como 'relação-do-Nós', que se compreende os significados que uma pessoa atribui às suas experiências no mundo da vida e o seu sistema interpretativo a respeito da realidade que o cerca. Apenas na relação face a face que as pessoas conseguem estabelecer um fluxo de consciência comum, aprofundando cada vez mais o conhecimento sobre o outro, permitindo uma verdadeira troca de experiências e até alterações nos acervos de conhecimento (SCHUTZ, 2012).

Dessa maneira, ouvir os familiares de adolescentes em sofrimento psíquico pode ajudar aos profissionais da saúde a compreenderem que sistema interpretativo e tipificações foram passadas para o adolescente, já que é na família onde se dão as primeiras orientações e trocas para que o indivíduo possa viver e agir em sociedade. Nota-se nos relatos dos familiares que a violência é retratada de diferentes formas.

Eu sei da doméstica, eu era violentada pelo meu ex-marido, tanto verbal como bater mesmo... (Margarida).

Violência acontece, acontece muita violência porque tem muitas crianças que

não respeitam as pessoas que são especiais, quando vê chama de nome, diz que é doido, diz que é abestado, como ele disse que é gordinho, aí tem vezes que a criança não aguenta tanta coisa, aí vira violência (Rosa).

Eu acredito que dependendo assim, às vezes a classe social conta muito, /.../ quem não tem uma certa condição social eu acredito que seja mais fácil para o adolescente, no caso, ele ficar mais próximo da violência porque às vezes ele quer uma coisa não tem, não tem quem dê, o pai e a mãe não estão em casa eles vão pra onde querem, também quando estão em casa também não obedecem, porque a juventude de hoje não, você também não tem mais controle sobre eles e há um monte de coisa que conta, a criação, o nível social, /.../ a família, como a criança é tratada em casa e muitas outras coisas, o mundo das drogas que tá aí pra todo mundo, tanto faz ser pobre como rico, é isso (Angélica).

Na fala de Margarida percebe-se que houve uma vivência da violência na forma de agressão física e verbal. Há o relato do contexto de violência intrafamiliar e, particularmente, de violência contra a mulher. As tipificações são repassadas de geração para geração, sendo a violência de gênero, onde a mulher é a principal vítima, uma das formas de violência perpetrada no seio social e aceita, algumas vezes, como “natural” (MENEZES, et al., 2013). Martins (2013) aponta, ainda, que um ambiente familiar hostil durante a infância pode reforçar atitudes de violência na adolescência e na idade adulta.

A tipificação está presente nas ações dos sujeitos no mundo da vida. É importante para conceber objetos e mesmo situações do cotidiano. Funciona como uma espécie de receita, servindo de guia para utilizar em atitude natural, onde as informações e as experiências passadas ajudam os seres humanos a captarem o mundo a sua volta. O sujeito, pode ainda, tomar as suas próprias ações como referência e repeti-las, possibilitando, assim, uma autotipificação (SCHUTZ, 2012).

No relato de Rosa, ela traz à tona um tema que é central na atenção em saúde mental: o estigma da loucura. Embora, os serviços substitutivos tentem romper e se afastar do paradigma manicomial, centrado na doença e na institucionalização, os sujeitos em sofrimento psíquico ainda tem que lidar no seu cotidiano com práticas que revelam que o antigo modelo não foi completamente superado, sendo violentados por serem reduzidos a condição de loucos.

Angélica situa a violência como uma questão de classe social, contudo a associação entre violência e pobreza não pode ser dada em uma simples relação de causa e efeito, merecendo reflexões mais profundas, o que não é o objetivo desse trabalho. O problema da violência também aparece tendo conexão com o uso de substâncias psicoativas, que estaria tanto para pobres, como para ricos. Bem como, enquanto culpa de uma juventude desobediente, o que na verdade, corresponde a tipificação na sociedade contemporânea de que o adolescentes é aquele que burla as regras, o imprudente, o indisciplinado.

Como a família é a primeira relação-do-Nós estabelecida pelos adolescentes,

é relevante que se conheça as concepções dos pais/responsáveis a respeito da violência. Visto que, na maneira de educar são naturalizados muitas ações violentas, além de que essas noções de violência serão repassadas para os adolescentes, demonstrando que para se assistir terapeuticamente o adolescente é preciso considerar, dentro dessa ação, a família.

3.2 'Motivações porque'

As ações no mundo da vida cotidiana se dão por meio de motivações, quando se projeta fazer algo no futuro, com a intenção de realizá-lo pode-se dizer que se trata de um 'motivo com-a-finalidade-de' ou 'motivos para', enquanto que os 'motivos porque' justificam as condutas humanas com base nas experiências passadas, na situação biográfica e conhecimento a mão dos sujeitos, na atenção seletiva, a qual inclui as zonas de relevância e as tipificações (SCHUTZ, 2012).

Sendo o adolescente tanto vítima como agressor, a vivências de violência na vida de adolescentes influenciam os motivos porque de ações futuras, podendo ser experiências significativas para os mesmos e compondo o seu sistema de relevância, o seu conhecimento a mão e sua situação biográfica. Logo, pode-se observar nas falas dos familiares que há aparecimento de reações de violência como forma de lidar com problemas nos relacionamentos intersubjetivos.

...extremamente agressivo, e às vezes a gente combate /.../ essa agressividade dele com mais agressividade, porque a gente não suporta, porque ele quebra tudo, ele bate na gente, ele faz vergonha à gente no meio da rua. /.../ ele bate nos colegas, ele bate nos professores, aí ele tá suspenso da escola por causa disso, por causa da agressividade. /.../ Só quando o pessoal perturba ele, que ele fica agressivo, /.../ no colégio justamente tá essa mulher (referindo-se a uma educadora que permanece com o adolescente em sala de aula) com ele, pra ninguém mexer com ele, sabe /.../ (Margarida).

Agressivo, ele não sentia amor pelo pai dele ou a mim, ele era ignorante, empurrava, quebrava as coisas. /.../ Eu o via triste, eu o via violento, eu o via xingando, ele não era assim, até os três anos ele não era assim, com quatro anos foi que ele foi começando assim, ele empurrava um, empurrava outro, era violento com a avó dele, por isso que eu procurei o CAPS (Rosa).

Se você não constrangê-lo, vamos supor, se ele não se sentir constrangido tudo bem, tem horas que ele tá mais aborrecido, tem horas que ele tá sorridente, ele tem muita vontade de bater e de morder. No dia a dia, /.../, muita vontade de morder /.../ (Angélica).

Percebe-se nestes relatos que existe uma vivência de violência, que os adolescentes apresentam comportamentos agressivos, às vezes desde a infância e, provavelmente, atribuindo diferentes significados a essa prática ao longo do tempo. Costa, Coutinho e Araújo (2011) caracterizaram, em seu estudo, que a violência assume diferentes concepções para crianças e adolescentes. Para os primeiros a violência aparece de forma concreta representando medo, tristeza, nas ações de

esmurrar, bater, matar, atirar, entre outros, e para os últimos o fenômeno ganha uma visão mais macro, e ligada ao físico e judicial.

Reconhecendo que o adolescente tenha essa tipificação da violência desde a infância como uma ação sobre o corpo, pode-se trabalhar nesse sentido intervenções em saúde que operem nas transformações dessas tipificações, para que o mesmo possa utilizar de outros meios para lidar com as adversidades das relações intersubjetivas no mundo da vida, alterando dessa maneira o seu estoque de conhecimento (FREITAS; MOURA; MONTEIRO, 2016).

O indivíduo leva consigo seu horizonte interpretativo interno e externo e, por esse motivo, não consegue captar a realidade do mundo, mas apenas alguns aspectos dela. A interpretação do mundo se dá mediante fatos inquestionáveis, até surgir uma experiência problemática que tenha a atenção do ator social e ponha em dúvida o que foi pressuposto, só assim ele poderá alterar alguma tipificação (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

Nesse sentido, pensando o cuidado como algo que tende a ser o objetivo principal da enfermagem é que se aponta a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) como meios de se prestar um cuidado individualizado e de acordo com as necessidades reais de saúde dos adolescentes e de suas famílias (MONTEIRO et al., 2015). Tendo-se, que o PE deve subsidiar o plano de cuidados de enfermagem, possibilitando um olhar integral sobre o adolescente, que ultrapassa o do sofrimento psíquico ou da violência, colocando o enfermeiro como atuante dentro da equipe interdisciplinar do CAPS (MUNIZ et al., 2014).

Assim, durante o cuidado ao adolescente e sua família o enfermeiro pode tentar investigar a situação biográfica do adolescente, concomitantemente tentando estabelecer um tipo vivido de sua família, nesse sentido buscando saber os motivos que fizeram com que a família buscasse ajuda, como ela identifica e descreve o adolescente e a relação familiar, sendo identificado que geralmente os 'motivos porque' da procura pelo CAPSi são agressividade e ideação suicida (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

A família necessita, então, de mais orientações para lidar com o adolescente em sofrimento psíquico, inclusive para poder garantir e respeitar os direitos desses sujeitos. As 'motivações porque' para condutas agressivas de adolescentes são várias, precisando de ações dos serviços de saúde que envolvam a escola, a família, a sociedade e o Estado, para que se crie uma rede de apoio em que a violência não seja interpretada como algo natural na vida do adolescente e seja combatida.

3.3 Sofrimento psíquico e violência

Ainda hoje as pessoas que estão passando por sofrimento psíquico e são acompanhados no CAPS, sofrem preconceito, discriminação, pois são tipificados de acordo com o que se produziu no senso comum à respeito da loucura. Assim, esses indivíduos são tidos como agressivos, sendo por isso uma ameaça a boa convivência social.

As falas a seguir corroboram com o exposto. Apenas Margarida e Angélica relatam práticas de violência na vida dos adolescentes que podem ser relacionadas com o sofrimento psíquico dos mesmos.

O Ares, ele começou com uns quatro a cinco anos, eu não lembro muito bem mais, ele começou com visões, ele via pessoas e ouvia pessoas, essas pessoas mandavam ele se cortar, ele se cortava, mandavam ele bater com a cabeça na parede até ele sangrar, ele só vivia com a testa toda sangrada./.../ Ele fica dentro de casa, mas é querendo quebrar as coisas, é querendo bater nos irmãos, é se mutilando, ele só quer estar sozinho, mas ele não consegue parar de bater nas pessoas, ele mesmo diz que é mais forte do que ele./.../ Ele se sente mal, ele diz que não quer fazer aquilo, é só o impulso, ele diz que não quer fazer aquilo, não quer bater no menino (Margarida).

Ansioso...eu também sou ansiosa, mas a ansiedade dele ele diz que fica nervoso, agitado.. eu não sei. /.../ Mulher na verdade eu vou te dizer uma coisa eu vivo, assim, esperando que um dia ele vá se conscientizando mais, eu sei que ele é nervoso, mas para ver se ele se controla mais e toma o mínimo necessário, porque remédio para ele age totalmente diferente do que a gente espera, eu não sei nem o que dizer, nem o que fazer (Angélica).

Vilhena e Prado (2015) discutem a questão da automutilação entre jovens como algo cada vez mais comum na clínica em saúde mental, e a tomam como falta de simbolização, caracterizando-se para a psicanálise como um sintoma, portanto apontando para algo que o próprio sujeito pode desconhecer e que será revelado através da escuta. Ainda, eles fazem ligação desse ato com as cobranças impostas sobre a adolescência na sociedade contemporânea.

As vivências no mundo da vida factual só são possíveis porque existe um corpo material, que se projeta externamente ao fluxo de consciência e que é perceptível pelos outros. Assim, nas interações intersubjetivas os corpos são também signos para os sujeitos, sendo um campo de expressões das experiências do ator social. Dentro de um contexto de significatividades é importante que se consiga decifrar ou distinguir o que determinada ação, gesto, semblante facial quer revelar (SCHUTZ, 2012).

A questão da automutilação pode ser assinalada também pelas motivações, porque o sujeito ao efetuar a ação, desconhece o seu 'motivo porque', ela aparece apenas como uma motivação para, sendo esta subjetiva, porque há projeção sobre a ação que vai ocorrer que só é conhecida pelo próprio ator, enquanto que os 'motivos porque', como uma categoria objetiva, permanece oculto, ou inacessível em tempo

presente, visto que só se reflete sobre determinada ação em tempo pretérito.

No relato de Angélica não se associa o comportamento violento do adolescente com o sofrimento psíquico vivido, é algo que ela espera que vá se transformando de acordo com o amadurecimento dele, como em um processo natural, enquanto enxerga a necessidade de tratamento medicamentoso para os sintomas da ansiedade.

A constatação da agressividade que parte do adolescente e não de uma violência que é praticada contra ele é desassistida pelas políticas de saúde, muitas vezes os profissionais não sabendo como lidar, deixando espaço para a falta de ações sistematizadas e organizadas diante da violência que o adolescente em sofrimento psíquico pratica, acabando essa problemática esbarrando, muitas vezes, no campo judiciário.

Há necessidade de mesmo quando o adolescente é o agente de algum ato violento de se conhecer a sua situação biográfica, esta é composta por todo o conhecimento estocado pelo adolescente ao longo da sua vida, só assim é que se pode trabalhar as suas 'motivações porque', dado que a vivência de violência desde a infância pode repercutir na adolescência de modo negativo e danoso. Nessa perspectiva, é que a atenção para o fenômeno da violência na vida de sujeitos em sofrimento psíquico não deve restringi-los nem a posição de vítima e muito menos a de agressor (FREITAS; MOURA; MONTEIRO, 2016).

Dessa maneira, o cuidado de enfermagem voltado para o adolescente trabalha tentando ponderar todas essas implicações, agindo não por meio de imposições, mas de fazer com que o jovem sinta que é oportuno modificar algumas condutas, a fim de melhorar ou manter a sua saúde, posto que, em geral, eles se considerem como sadios e que por isso podem se expor a todos os tipos de situações (NÓBREGA et al., 2013).

Ressalta-se, que para se trabalhar com a adolescência é necessário que o enfermeiro conheça as diversas discussões em volta dessa temática, para que não se limite a enquadrar esses sujeitos em estereótipos, o que pode dificultar a comunicação terapêutica, deixando espaço para se chegar à conclusão de tipos, ou tipo vivido, a partir do estabelecimento de uma relação-do-Nós.

Reconhecendo-se que os adolescentes são seres vulneráveis, portanto, devendo sempre incluir a família no tratamento em saúde mental. Tendo em vista, que a vivência da violência encontra-se como uma das questões que evidenciam essa vulnerabilidade, que, na maioria das vezes, faz parte do cotidiano familiar. O despreparo do enfermeiro em traçar medidas/intervenções efetivas diante de quadros de violência, revela a emergência desse conteúdo ser estudado e aprofundado por esses profissionais (BRASIL, 2014; NÓBREGA et al., 2013).

Além do mais, a vivência de sofrimento psíquico apresenta-se como algo

particular, de tal modo que ele não pode ser desvinculado da situação biográfica dos sujeitos, nem dos adolescentes, nem dos familiares. Dessa maneira, não se deve alimentar tipificações a respeito do sofrimento psíquico tendo associação direta com atitudes violentas, principalmente em serviços de saúde mental.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os significados da violência para os familiares de adolescentes em sofrimento psíquico foi demonstrado através dos inúmeros significados que tem o fenômeno da violência, elas conseguiram relatar as vivências do adolescente, que as 'motivações porque' podem ser 'motivações para' que os familiares também ajam com violência em relação ao adolescente.

Ressalta-se que é urgente que o CAPSi e demais serviços de saúde promovam o vínculo familiar afetivo, com novas formas de educar e de lidar com seus membros, pois nesse trabalho pode-se apreender que a família tipifica a violência no campo da agressão física, ou em práticas que ela está bem perceptível, como a questão do uso de drogas. A violência mais sutil está tão naturalizada que pode nem ser percebida como tal por aqueles que a praticam, trazendo prejuízos para o viver familiar de adolescentes em sofrimento psíquico.

O cuidado de enfermagem orientado pela Fenomenologia Social tem a oportunidade de explorar a vivência do adolescente e todo o seu contexto familiar, utilizando da relação-do-Nós para acessar o fluxo da consciência desses sujeitos e pautar o seu cuidado na compreensão do vivido do outro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 43, n. 1, 2013.

COSTA, D.M.F.; COUTINHO, M.P.L.; ARAÚJO, L.S. Cenário cinzento da violência e as múltiplas facetas da família: enfoque psicossocial. **Psico, Porto Alegre**, PUCRS, v. 42, n. 3, p. 401-407, jul./set. 2011.

FREITAS, R.J.M.; MOURA, N.A.; MONTEIRO, A.R.M. Violência contra crianças/adolescentes em sofrimento psíquico e cuidado de enfermagem: reflexões da fenomenologia social. **Rev Gaúcha Enferm.**; v. 37, n. 1:e52887, mar. 2016.

GAUY, F.V.; ROCHA, M.M. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 783-793, 2014.

KRUG, E.G. et al. (eds). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization,

2002.

LEITE, J.T. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, 2, e55796, jun. 2016.

MACHINESKI, G.G.; SCHNEIDER, J.F.; CAMATTA, M.W. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34; n. 1, p. 126-132, 2013.

MARTINS, C.B.G. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 578-584, jul./ago. 2013.

MENEGHEL, S.N. et al. **Femicídios**: narrativas de crimes de gênero. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.46, p.523-33, jul./set. 2013.

MONTEIRO, A.R.M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 7, n. 4, p. 3185-3196, out./dez. 2015.

MUNIZ, M.P. et al. Desvendando o projeto terapêutico de enfermagem em saúde mental: um relato de experiência. **J. res.: fundam. care. online**, v. 6, n. 1, p. 132-140, jan./mar. 2014.

NOBRÉGA, J.F. et al. Um olhar sensível às tribos pós-modernas: cuidando da saúde dos adolescentes no cotidiano. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 201-205, 2013.

SCHUTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.

SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrotu, 2009.

SOUZA, C.S. et al. Notificação da violência infanto-juvenil em serviços de emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 80-93, jan./mar. 2015.

PEREIRA, M.O.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.10, p. 2145-2154, out. 2014.

PINTO, A.C.S. et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 555-564, 2014.

VILHENA, M.; PRADO, Y.Z.C. Dor, angústia e automutilação em jovens - considerações psicanalíticas. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 94-98, abr./jun. 2015.

BRINQUEDO TERAPÊUTICO: UTILIZAÇÃO EM PROCEDIMENTOS INVASIVOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 27/11/2019

Amanda Ferreira
Liziani Iturriet Avila
Pamela Kath de Oliveira Nornberg
Aline Ney Grehs
Amanda Guimarães Ferreira
Renata Oliveira Martins
Stella Minasi de Oliveira

RESUMO: Introdução: Hospitalização infantil é um período estressante tanto para a criança quanto para sua família. O afastamento de casa e da escola, a privação das atividades diárias e o medo do desconhecido geram ansiedade e sofrimento, porém uma das maiores causas de trauma durante a internação são os procedimentos de enfermagem, que muitas vezes, são dolorosos e causam pânico na criança. A equipe de enfermagem, pode utilizar como recurso o brinquedo terapêutico, possibilitando com que a criança dramatize a situação que está vivenciando, e compreenda melhor a hospitalização e as condutas realizadas. Objetivou-se com este estudo utilizar o brinquedo como recurso terapêutico no alívio das tensões auxiliando a criança na compreensão dos procedimentos invasivos de enfermagem. **Método:** Trata-se de um

estudo qualitativo, exploratório, descritivo do tipo pesquisa-ação, tendo como participantes 10 crianças internadas, com idades entre dois e 10 anos, internadas e cinco profissionais de enfermagem atuantes na pediatria de um Hospital Universitário no sul do país. A coleta de dados ocorreu em 2017, através da observação da criança no antes e após procedimentos invasivos de enfermagem, pela técnica do brinquedo terapêutico e por meio de entrevista com os profissionais de enfermagem. Os dados obtidos foram analisados através de análise temática. **Resultados:** comprovou-se que a utilização do brinquedo terapêutico diminui o medo, a ansiedade e auxilia a realização dos procedimentos de enfermagem. **Conclusões:** Foram identificados os benefícios trazidos pelo uso do brinquedo terapêutico e as barreiras da não utilização, possibilitou uma reflexão sobre essa prática contribuindo para disseminação do tema.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Hospitalização; Jogos e Brinquedos; Enfermagem Pediátrica; Cuidados de enfermagem.

JUGUETE TERAPÉUTICO: UTILIZACIÓN
EN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DE

INTRODUÇÃO

A infância é o período de crescimento e desenvolvimento do ser humano, é a fase das descobertas, do aprendizado, das brincadeiras, por estarem em período de desenvolvimento, às crianças são mais frágeis e estão mais suscetíveis a adoecer e nessa situação, muitas vezes é necessário o tratamento através de internação hospitalar. Por isso, a hospitalização significa para a criança um fator de estresse por ficar vulnerável à mudança de rotina, da relação intrafamiliar e a procedimentos dolorosos, que associados a sua imaturidade, podem ser geradores de traumas passageiros ou mesmo permanente ⁽¹⁾.

O adoecimento e a hospitalização são considerados como experiências desagradáveis para a criança, que passa a ver o hospital como algo ruim e associa o local com experiências dolorosas ⁽²⁾. Durante a internação a criança é privada de coisas que até então, faziam parte de sua rotina, podendo causar sofrimento psicológico ⁽³⁾.

A hospitalização em si já é assustadora, porém os procedimentos podem causar ainda maior trauma e medo na criança, sendo necessária uma assistência de enfermagem diferenciada que prepare a criança emocionalmente para os procedimentos ⁽²⁾. Para tornar esse processo menos traumático, destaca-se o brincar como uma atividade que auxilia na comunicação, aceitação do tratamento e tranquilidade da criança, através de hora da história, palhaços da alegria e o brinquedo terapêutico ⁽⁴⁾.

Durante a assistência, deve-se tratar a criança de forma integral dando atenção não só aos medicamentos e procedimentos necessários para o tratamento, mas também levando em conta as suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais ⁽⁵⁾.

Quando falamos das necessidades da criança não podemos deixar de lado o brincar, pois é algo essencial para seu crescimento e desenvolvimento. Desta forma, brincar é tão importante quanto comer e dormir, pois é brincando que a criança se expressa, interage e aprende, por isso, o direito de brincar deve ser mantido durante todo o período de internação ⁽⁶⁾.

Uma importante ferramenta que pode ser utilizada pela equipe para auxiliar no preparo da criança para procedimentos é o brinquedo terapêutico. Que consiste no uso de um brinquedo estruturado visando aliviar o estresse, medo e ansiedade,

promover uma melhor interação e estabelecer um vínculo entre a criança e os profissionais, proporcionando o bem estar psicofisiológico ⁽⁵⁾.

A enfermagem pode fazer uso dos brinquedos para simulação explicando os procedimentos que serão realizados; mostrar os materiais a serem usados nos procedimentos, permitir que a criança os manipulem, e até, realizem o procedimento em bonecos, contribuindo para o alívio da tensão e do medo. Além disso, o brinquedo terapêutico pode ser usado para auxiliar a interação entre a criança, equipe e família, estimulando a participação de todos no processo de cuidar, facilitando a adesão ao tratamento e contribuindo para uma relação de cumplicidade e confiança ⁽⁷⁾.

O profissional de enfermagem deve ser efetivamente significativo no incentivo à prática de utilização do brinquedo, na realização de procedimentos invasivos às crianças hospitalizadas, tratando com singularidade cada experiência e compreendendo o mundo subjetivo, no qual a criança está inserida, a fim de auxiliá-la plenamente neste processo. Assim questiona-se: Como o uso do brinquedo terapêutico pode favorecer a aceitação das crianças hospitalizadas aos procedimentos invasivos de enfermagem? Portanto, este estudo tem como objetivo: utilizar o brinquedo como recurso terapêutico no alívio das tensões, auxiliando as crianças na compreensão dos procedimentos invasivos de enfermagem.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório descritivo do tipo pesquisa-ação, que é um tipo de pesquisa na qual se faz associação com uma ação ou com a resolução de um problema envolvendo os pesquisadores e participantes de forma colaborativa ⁽⁸⁾. A pesquisa-ação é composta por etapas, são elas: fase exploratória, formulação do problema, construção de hipóteses, realização de seminário, seleção da amostra, coleta de dados, análise e interpretação de dados, elaboração de um plano de ação ⁽⁹⁾.

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital universitário localizado em uma cidade do Rio Grande do Sul. A Unidade de Pediatria atende crianças até 12 anos de idade. A equipe de enfermagem é composta por cinco enfermeiros, 15 auxiliares e técnicos divididos em quatro turnos (manhã, tarde, noite I e noite II).

Os participantes deste estudo foram 10 crianças de dois até 10 anos de idade, que estavam internadas na pediatria e realizaram algum procedimento invasivo de enfermagem, acompanhadas por seus pais ou responsável; e os membros da equipe de enfermagem atuantes nesta unidade, sendo dois enfermeiros, um técnico e dois auxiliares, que atuavam na pediatria durante a realização da pesquisa, totalizando

15 participantes.

Foram incluídas no estudo as crianças que atenderam aos seguintes critérios: ter idade de dois até dez anos; estar internada na unidade de pediatria, no mínimo há dois dias; realizar algum procedimento invasivo de enfermagem e estar acompanhada pelos pais ou responsáveis. Foram excluídas da pesquisa as crianças que estavam em estado grave de saúde, inconscientes ou em uso de ventilação mecânica.

Como critérios de inclusão dos profissionais da equipe de enfermagem considerou-se: trabalhar na unidade há mais de seis meses, não estar em férias, licença maternidade ou atestado. Foram excluídos os profissionais da equipe de enfermagem que eram substitutos de folga na unidade de pediatria.

Os membros da equipe receberam como identificação a letra E, seguida do número de participação, excluindo os nomes próprios, de modo que o anonimato fosse mantido, as crianças não foram identificadas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de Março e Maio de 2017, respeitando os aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/12, que rege as pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, com o parecer 22/2017.

Inicialmente levou-se material informativo sobre o tema para os profissionais e foi conversado sobre a temática, a metodologia e os objetivos da pesquisa. Após essa introdução a temática, foi realizada a observação durante três semanas dos procedimentos invasivos de enfermagem, sendo tudo registrado em um diário de campo.

A fase de observação foi desenvolvida em três momentos, primeiro a realização dos procedimentos de enfermagem de acordo com a rotina da unidade, segundo, o registro das reações da criança durante as sessões com o brinquedo terapêutico, em um diário de campo; e no terceiro momento, a observação das crianças em procedimentos invasivos após o uso da terapia com o brinquedo. As entrevistas com os membros da equipe de enfermagem foram realizadas através de perguntas abertas e semi-estruturadas, construídas com base em estudos já realizados na temática, a entrevista ocorreu nas dependências da unidade de Pediatria, durante o turno de trabalho.

O material utilizado para a demonstração dos procedimentos invasivos de enfermagem constituiu-se de: dois bonecos de pano, equipamentos de enfermagem (dânulas, sondas, seringas, gazes, esparadrapos, luvas) e um kit médico de brinquedo (estetoscópio, termômetro e seringa). O boneco foi preparado de acordo com o procedimento que seria realizado como: punção venosa, HGT, administração de medicamentos endovenosos, enemas e realização de curativos, tornando a demonstração mais próxima da realidade.

O método utilizado para análise e interpretação dos dados coletados foi a Análise Temática, que se trata não apenas de um procedimento técnico, mas de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais. Essa análise é dividida em três etapas: Exploração do Material, Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação, na primeira etapa acontece a classificação do material através da categorização, através da escolha de categorias teóricas ou empíricas, que serão responsáveis pela memorização dos temas ⁽¹⁰⁾.

O Tratamento dos resultados, na segunda etapa, é quando as informações obtidas são analisadas, interpretadas e relacionadas à fundamentação teórica obtida inicialmente, podendo criar novos focos teóricos e interpretativos sem perder a regularidade dos significados. Ao final, os resultados obtidos durante a coleta de dados foram selecionados, agrupados, categorizados e analisados de acordo com a fundamentação teórica que dá sustentação a esta pesquisa, assim como, do posicionamento dos autores, considerando os objetivos do estudo ⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

Participaram do estudo cinco profissionais de enfermagem sendo dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem e um técnico em enfermagem, com idades entre 39 e 59 anos e tempo de atuação profissional em pediatria de cinco a 17 anos, dos cinco profissionais 4 eram do sexo feminino. Também participaram desse estudo dez crianças, com idade de dois a 10 anos, sendo oito meninos e duas meninas, que ficaram internadas na unidade de pediatria por um período de cinco a 15 dias.

Quanto ao registro no diário de campo, foi acompanhado as crianças internadas e anotado todas as reações destas durante as sessões com o brinquedo terapêutico, sendo comprovado que, através da observação da equipe na realização dos procedimentos invasivos de enfermagem, os mesmos não utilizam o brinquedo terapêutico em sua rotina diária. E que o uso desta ferramenta auxilia na diminuição da ansiedade, medo e auxilia na realização destes procedimentos.

Para apresentação e discussão, os resultados foram agrupados em três categorias: Conhecimento sobre o brinquedo terapêutico, Benefícios do uso do brinquedo terapêutico e As dificuldades enfrentadas para a utilização do brinquedo terapêutico, ilustrados pelas falas de cada participante.

CONHECIMENTO SOBRE O BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Em relação à utilização do brinquedo para tranquilizar a criança na unidade de pediatria, alguns dos entrevistados relataram já terem usado esporadicamente,

mesmo não sendo algo que faça parte da rotina de trabalho deles. Enquanto outros dois profissionais afirmam nunca terem utilizado o brinquedo.

A gente utiliza quando pode em alguns procedimentos, depende da criança, da idade da criança. (E3)

Eu, às vezes faço curativo no boneco, para mostrar para a criança; digo vamos colocar nele, a gente coloca a talinha e faz como se fosse. Mas isso é coisa minha não que seja utilizado aqui. (E4)

Ficou evidenciado através da observação da equipe frente à realização dos procedimentos invasivos de enfermagem, que os profissionais não utilizam o brinquedo terapêutico em sua rotina diária. Percebeu-se que de 10 crianças acompanhadas no estudo, nenhuma recebeu recurso que demonstrasse o procedimento que seria realizado.

Observou-se que apenas três profissionais explicaram brevemente o procedimento, abordando o que à criança poderia sentir, e em outras situações, os profissionais apenas comunicavam para os pais e para a criança que iriam realizar um procedimento.

BENEFÍCIOS DO USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Através dos relatos de todos os profissionais de enfermagem entrevistados constatou-se que, a utilização do brinquedo vem acompanhada só de mudanças positivas, porque facilita a compreensão do que vai acontecer, diminuindo o medo, tranquilizando-a e tornando a criança mais colaborativa em relação ao procedimento.

Porque quando tu diminui o medo da criança ela fica mais colaborativa. Então eu acho que é muito positivo. (E1)

Acredito que possa fazer uma mudança positiva, porque a criança ficaria mais calma compreendendo o que vai acontecer com ela. (E5)

Esses aspectos citados pelos entrevistados pode ser comprovado através da observação dos procedimentos invasivos, em que todas as crianças que foram submetidas a procedimentos, após terem sido instruídas utilizando o brinquedo, se mostraram mais tranquilas, colaborativas e menos assustadas, compreendendo melhor o procedimento e os motivos para ser realizado, se posicionando e comportando-se adequadamente, facilitando assim a realização do procedimento.

Foi unanimidade entre os profissionais entrevistados que o uso do brinquedo terapêutico traz benefícios para a criança durante a internação, seja pela perda do medo, bem como pelo aumento da confiança nos profissionais, tornando o período de internação menos traumático. Além disso, o uso do brinquedo auxilia a criança a expressar seus sentimentos e angústias.

A criança não leva daqui uma experiência tão horrorosa como é de estar internado e o tempo dela passa melhor. (E1)

Colaborando para que a criança se sinta mais a vontade e consiga até expressar suas angústias. É uma oportunidade de aproximação do profissional para que se conheça um pouco mais daquela criança. (E5)

Acho que diminui o medo que a criança tem da enfermagem. (E4)

Um dos profissionais destaca que além dos benefícios para a criança o uso do brinquedo pode também trazer proveito para a família, pois auxilia na melhor compreensão dos procedimentos diminuindo a ansiedade da família.

A criança compreendendo melhor o procedimento que irá passar deve trazer tranquilidade para ela e para a mãe. Porque as mães às vezes não compreendem, por exemplo, quando tu vais fazer uma punção epicraniana a mãe acha que vais furar o cérebro da criança, então de repente, com isso podemos explicar melhor. (E5)

Durante as sessões com o brinquedo terapêutico, observou-se o interesse e a alegria das crianças com a proposta, elas aceitaram brincar e realizar o procedimento no boneco quando lhes foi oferecido, utilizaram o brinquedo conforme demonstração, explicando cada etapa que estavam realizando. As mães que acompanharam os filhos na sessão com o brinquedo mostraram interesse em participar de outras sessões, além de sentirem-se mais seguras e tranquilas, acalmando a criança colaborando com o procedimento.

ENFRENTANDO DIFICULDADES NA UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Embora os profissionais reconheçam os benefícios do brinquedo terapêutico, os entrevistados referiram algumas dificuldades para que essa prática faça parte da sua rotina de trabalho. Relatam à falta de tempo, falta de pessoal e a resistência dos profissionais, como os fatores que dificultam a implementação da técnica desta prática assistencial.

A disponibilidade de tempo e pessoas, às vezes a rotina está tão corrida que tu preza mais fazer o procedimento no horário do que brincar com a criança, preparar para depois fazer o procedimento. (E2)

Uma dificuldade, às vezes é a resistência das pessoas com o novo. Assim, a própria equipe, às vezes tem resistência com o que é novo. E também dependendo do tempo que se desprende para isso, às vezes as pessoas não tem muita boa vontade. (E1)

Os profissionais entrevistados demonstraram interesse em conhecer e aprender mais sobre o uso do brinquedo terapêutico como um instrumento de trabalho na enfermagem.

Eu gostaria muito. Porque a técnica melhora e é interessante. (E4)

Tenho muito interesse em aprender, porque o público é criança e ao mesmo tempo em que eu vou estar contribuindo para diminuir o estresse da criança eu vou facilitar o meu trabalho. (E1)

Tinha vontade de participar de um curso, de aprender a utilizar. (E5)

Um dos profissionais entrevistados, afirmou que apesar de achar o uso do brinquedo importante, acredita que este seja de responsabilidade de outros profissionais, não sentindo necessidade de aprender mais sobre as técnicas de utilização do brinquedo terapêutico.

Não é uma área específica nossa, acho que nossa ação é mais direcionada para a assistência, não é que não seja importante, mas hoje a gente tem a psicologia, as psicopedagogas, que eu considero que são áreas mais específicas para o brinquedo. (E3)

DISCUSSÃO

O desconhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o uso do brinquedo terapêutico revelou-se neste estudo, como resultado da pouca abordagem do tema, durante os cursos de formação e da falta de cursos de capacitação, fornecidos pelo próprio hospital, para os profissionais que prestam cuidados com a criança. Essa falta de conhecimento e incentivo acarreta na não utilização do brinquedo na prática de trabalho, pois estes se sentem inseguros para realizar a técnica por não terem conhecimento.

É preciso repensar no ensino dos cursos de enfermagem, a fim de possibilitar que futuros profissionais possam subsidiar uma assistência integral à criança, capacitando-os para inserir o brinquedo na realização do cuidado ⁽¹¹⁾.

A utilização do brinquedo na demonstração dos procedimentos pode trazer mudanças que facilitarão a realização dos mesmos, pois a criança passa a compreender melhor o que será feito com ela, ficando mais tranquila e colaborando com o profissional. Esse fato fica evidenciado tanto pela fala dos entrevistados quanto pelo período de observação, onde percebeu-se que a criança compreende melhor o procedimento tornando-se mais colaborativa, e facilitando a realização do procedimento.

Durante a demonstração dos procedimentos com o brinquedo, as crianças podem manipular os materiais e realizar o procedimento a qual serão submetidas em bonecos, além de esclarecer suas dúvidas e entender melhor o procedimento e o motivo para o qual esse será realizado ⁽⁴⁾.

Mesmo o brinquedo trazendo benefícios para as crianças e para o andamento do trabalho, as equipes de enfermagem ainda enfrentam dificuldades para tornar o

uso do brinquedo parte da sua rotina de trabalho. Isso ficou comprovado quando os profissionais relatam que a falta de tempo, de pessoal e de conhecimento tornam-se empecilhos para adoção dessa prática.

A falta de conhecimento e a resistência dos profissionais em relação à utilização do brinquedo, aliada com a falta de tempo dificultam a adesão do brinquedo terapêutico na assistência à criança ⁽¹²⁾.

Um estudo brasileiro que analisou as produções científicas sobre a temática, identificou a falta de profissionais, a falta de capacitação e a falta de um espaço próprio e brinquedos com aspectos que dificultam a utilização do brinquedo. Esse mesmo estudo, também destaca que embora os profissionais identifiquem as dificuldades enfrentadas não conseguem apontar ações que possam superar essas dificuldades ⁽¹¹⁾.

A utilização do brinquedo trás inúmeros benefícios para a criança, a família e a equipe, promovendo recreação e distração, desmistificando os procedimentos, diminuindo o medo e a ansiedade, tornando o ambiente hospitalar mais agradável, facilitando o manejo da equipe com a criança e tornando o período de hospitalização menos traumático. Os benefícios dessa prática foram comprovados, na pesquisa, pelo relato dos profissionais ao afirmarem que o brinquedo pode trazer vários benefícios e pela observação dos procedimentos e das sessões com o brinquedo terapêutico onde se observou vários aspectos positivos para a criança, família, equipe e para a própria realização do procedimento.

Em estudo realizado sobre o impacto do uso do brinquedo terapêutico no serviço de urgência e emergência pediátrica constatou que essa prática cria uma assistência humanizada, garantindo um cuidado integral à criança e promovendo a melhor aceitação dos procedimentos ⁽¹³⁾. Além disso, o lúdico tem grande importância dentro do contexto da hospitalização infantil, sendo que seus benefícios se inter relacionam entre várias esferas, da criança hospitalizada, da família da equipe de saúde, e do cuidado prestado ⁽¹⁴⁾.

A inserção do brinquedo no cuidado vai além de distrair e divertir a criança, essa prática possibilita a criação de um atendimento diferenciado e torna a hospitalização não só negativa. Através do brinquedo, as crianças passam a entender melhor esse período vivido no hospital e a perceber a equipe de forma mais positiva e confiante, enfrentando esse processo de forma mais tranquila ⁽⁴⁾.

O uso brinquedo no cuidado auxilia na recuperação, colaborando para a melhora clínica e emocional, facilitando o entendimento da hospitalização e diminuindo o estresse causado pela mesma ⁽¹⁾. Para Gomes, Silva e Capellini (2016), a introdução do brinquedo no cuidado favorece muito a recuperação da criança, além de contribuir para a criação de um vínculo com os profissionais.

Outro aspecto que ficou evidenciado durante a realização da pesquisa foi

que a brinquedoterapia pode facilitar a comunicação, o vínculo e a confiança entre a criança e o profissional que presta assistência a ela. Observou-se que após a intervenção com o brinquedo, as crianças passaram a interagir mais com os profissionais, inclusive durante a realização dos procedimentos e algumas crianças até convidaram os profissionais para brincar. A introdução da brinquedoterapia na rotina de trabalho da enfermagem se faz necessária, pois um dos objetivos da técnica é facilitar a comunicação clara e simples, que auxilie a criança a entender os motivos da internação e dos procedimentos necessários, contribuindo para diminuição da ansiedade e aumento da confiança nos profissionais ⁽¹⁵⁾.

Além de ajudar a criança a se comunicar melhor, as sessões de brinquedo terapêutico possibilitam que elas expressem suas angústias, sentimentos, emoções e dúvidas a respeito do período no qual estão vivendo. Na realização da pesquisa foi possível observar alguns momentos durante as sessões, onde as crianças esclareceram suas dúvidas e expressaram seus sentimentos em relação à internação e aos procedimentos que haviam passado.

A criança tem a oportunidade de manusear os materiais hospitalares, fazer questionamentos e sanar suas curiosidades e realizar os procedimentos nos bonecos fazendo referência às situações por ela vivenciadas, tudo isso com o objetivo de fazer com elas entendam melhor o processo hospitalização ⁽⁴⁾.

A inserção do brinquedo na assistência de enfermagem a criança, pode auxiliar a família na compreensão dos procedimentos, estimulando o vínculo e o cuidado com a criança, através do período de observação das sessões de brinquedo terapêutico percebeu-se a integração e a descontração da família, além de ser um importante instrumento para inserir o familiar que acompanha aquela criança no cuidado. A presença dos pais nas sessões com o brinquedo terapêutico é fundamental para inseri-los no cuidado à criança contribuindo para melhor compreensão das condutas adotadas durante a internação ⁽¹⁵⁾.

Os profissionais reconhecem os benefícios da utilização do brinquedo terapêutico, porém essa é uma prática pouco utilizada, esse fato foi comprovado pelo relato das entrevistas, onde os profissionais afirmam não utilizar a técnica na sua rotina de trabalho, o que foi confirmado através da observação dos procedimentos. Embora não utilizem essa técnica, a maioria dos profissionais entrevistados afirma ter interesse de usar o brinquedo em sua prática de trabalho.

De acordo com estudo os profissionais concordam que o brinquedo traz benefícios para a recuperação da criança e melhoram a assistência prestada, porém poucos o utilizam em sua prática de trabalho ⁽¹²⁾. Os profissionais de enfermagem acreditam que o brinquedo auxilia a interação com a criança, facilita entender melhor a hospitalização, mas não adotam essa prática em sua rotina de trabalho ⁽¹¹⁾.

Em um estudo brasileiro realizado num hospital de Minas Gerais, identificaram

que o brinquedo terapêutico é pouco utilizado na Unidade de Pediatria, as atividades com o brinquedo e o lúdico voltadas para o tratamento são realizadas na escolinha do hospital, desenvolvidas pelo serviço de pedagogia ⁽¹⁾. Uma prática semelhante foi identificada na unidade de pediatria onde o estudo foi realizado, sendo a psicóloga e os acadêmicos de psicologia os responsáveis pelas atividades que envolvem o brinquedo e o lúdico.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Existiram limitações do estudo quanto ao tamanho da amostra, pois o cenário de pesquisa possui atendimento regionalizado, o que dificultou o recrutamento de pacientes de outras localidades. Outra limitação reconhecida neste estudo, é a não utilização do brinquedo terapêutico como rotina na unidade de pediatria. Os resultados desta pesquisa possibilitarão a realização de novos estudos, que auxiliem na disseminação de conhecimento sobre a temática entre os profissionais de enfermagem e acadêmicos, visando a promoção e adesão ao uso do brinquedo terapêutico no cuidado às crianças hospitalizadas.

CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM

Este estudo contribui para o aperfeiçoamento do trabalho da enfermagem em situações que auxiliam a realização de procedimentos invasivos de enfermagem que envolvem a criança hospitalizada. O brinquedo terapêutico tem influência positiva para combater o medo e a ansiedade, não só na criança, mas também em sua família. E ainda, o mesmo pode ser utilizado com intuito de aproximar e possibilitar a criação de vínculo entre a criança e o profissional. Além disso, os profissionais que experienciam essa prática, sentem maior facilidade para realizar os procedimentos invasivos de enfermagem, devendo levar em consideração as necessidades biológicas e psico-afetivas da criança, visando um atendimento humanizado. Sabe-se que esta prática ainda é pouco aplicada nos ambientes hospitalares, pode-se, contudo, perceber os benefícios trazidos pelo uso do brinquedo terapêutico, e assim, preparar a criança para os procedimentos invasivos, contribuindo para disseminação do tema entre os profissionais, possibilitando uma reflexão sobre essa prática.

CONCLUSÕES

O estudo possibilitou compreender que a utilização do brinquedo como recurso terapêutico, pode aliviar as tensões, auxiliando as crianças na compreensão dos

procedimentos invasivos de enfermagem, mesmo percebendo que os profissionais de enfermagem desconhecem o uso deste recurso, e que com seu uso percebem-se mudanças frente à realização do procedimento com a criança, sendo assim, que a criança compreende melhor o procedimento a ser realizado. Ainda, verificou-se que os profissionais de enfermagem reconhecem os inúmeros benefícios advindos do uso do brinquedo na realização dos procedimentos e que as dificuldades encontradas para sua utilização são fatores existentes nesta prática assistencial.

Evidenciou-se que o brinquedo terapêutico é um importante recurso o qual pode ser empregado na assistência de enfermagem à criança, com intuito de promover um cuidado mais humanizado, fortalecer o vínculo com a criança, promover recreação e amenizar o medo e a ansiedade causada pela a hospitalização. Porém, para utilizá-lo como aliado na prática de trabalho, faz-se necessário conhecer um pouco dos objetivos dessa utilização e identificar as necessidades e particularidades de cada criança. Pode-se perceber que os profissionais afirmaram e demonstram ter pouco conhecimento a respeito dessa temática e acabam não utilizando em sua prática de trabalho, por não saberem a forma de utilizar.

Comprovou-se que a inserção do brinquedo no cuidado, traz muitos benefícios para as crianças, tornando-as mais calmas, seguras e colaborativas, diminuindo o medo, a ansiedade, construindo vínculo e uma relação de confiança com os profissionais. Através desse estudo, pode-se divulgar um pouco mais a prática do brinquedo terapêutico entre os profissionais de enfermagem atuantes na Pediatria, permitindo que eles experimentassem os benefícios dessa prática, possibilitando ainda identificar as percepções da equipe sobre o assunto e desenvolver uma reflexão a respeito da temática.

Constata-se a necessidade de se discutir formas de superação das dificuldades ressaltadas pelos participantes da pesquisa, para atender ao interesse destes profissionais. Acredita-se que este estudo poderá contribuir com a reflexão dos profissionais atuantes na Unidade de Pediatria a respeito do uso de brinquedo na realização de procedimentos de enfermagem, além de salientar seus esforços em prol deste processo, servindo como incentivo para a realização de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

1- Souza LPS, Silva CC, Brito JCA, Santos APO, Fonseca ADG, Lopes JR, et al. O Brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. J Health Sci Inst. [Internet], 2012 [acesso em 15 Dez 2018]; 30(4):354-8. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p354a358.pdf

2- Ferrari R, Alencar GB, Viana DV. Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico. Revista Eletrônica Gestão e Saúde [Internet], 2012 [acesso em 15 Dez 2018]; 3(2). Disponível em: <http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/rgs/article/view/111/106>

- 3- Mença VB, Souza SSPS. A criança e o processo de hospitalização: os desafios promovidos pela situação da doença. Revista Psicodom [Internet], 2013 [acesso em 15 Dez 2018] ed. 11. Disponível em: http://www.dombosco.sebsa.com.br/faculdade/revista_11ed/jul13_artigo02.php
- 4- Caleffi CCF, Rocha PK, Anders JC, Souza AIJ, Burciaga VB, Serapião LS. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. Rev Gaúcha Enferm. [Internet], 2016 [acesso em 18 Dez 2018]; 37 (2): e58131. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160258131.pdf>.
- 5- Marques DKA, Silva KLB, Cruz, DSM, Souza IVB. Benefícios da aplicação do brinquedo terapêutico: visão dos enfermeiros de um hospital infantil. Arq. Ciênc. Saúde [Internet], 2015 [acesso em 15 Dez 2018]; 22(1) 64-68. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.3.2015.240>.
- 6- Lira NAB, Rubio JAS. A importância do Brincar na educação infantil. Revista Eletrônica Saberes da Educação [Internet], 2014 [acesso em 15 Dez 2018]; 5(1). Disponível em: http://docs.uninove.br/arte/fac/publicacoes_pdf/educacao/v5_n1_2014/Natali.pdf.
- 7- Gomes AS, Ribeiro GP, Lima LS, Ferreira ES. Contribuição do brinquedo terapêutico na interação entre a criança, a família e a equipe de enfermagem. Revista Enfermagem Integrada [Internet], 2015 [acesso em 12 Dez 2018]; 8(2) 1343-1350. Disponível em: https://www.unileste.edu.br/enfermagemintegrada/artigo/v8_2/02.pdf.
- 8- Koerich MS, Backes DS, Sousa FGM, Erdmann AL, Alburquerque GL. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. Rev. Eletr. Enferm [Internet], 2009 [acesso em 18 Dez 2018]; 11(3). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>
- 9- Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo, 2010.
- 10- Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- 11- Costa DTL, Veríssimo MLÓR, Toriyama ATM, Sigaud CHS. O brincar na assistência de enfermagem à criança: revisão integrativa. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. [Internet], 2016 [acesso em 18 Dez 2018]; 16 (1). Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n1/vol_16_n_1-artigo-de-revisao-1.pdf
- 12- Gomes MFP, Silva ID, Capelline VK. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do brinquedo no cuidado às crianças hospitalizadas. Rev. Enfermagem UFPI [Internet], 2016 [acesso em 15 Dez 2018]; 5(1). Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/4490/pdf>.
- 13- Freitas BHBM, Voltani SSAA. Brinquedo terapêutico em serviços de urgência e emergência pediátrica: revisão integrativa de literatura. Cogitare Enfermagem [Internet], 2016 [acesso em 15 Dez 2018]; 21(1). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40728/27245>.
- 14- Silva DO, Gama DON, Pereira RB, Camarão YPHC. A importância do lúdico no contexto da hospitalização infantil. Rev enferm UFPE on line. [Internet], 2018 [acesso em 21 Nov 2018]; 12(12). Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234923p3484-3483-2018>.
- 15- Paladino CM, Carvalho R, Almeida FA. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. Rev Esc Enferm USP [Internet], 2014 [acesso em 21 Nov 2018]; 48(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300006>.

A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM SOBRE O USO E ABUSO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA

Data de aceite: 27/11/2019

Jessica Campos Ribeiro

Enfermeira. Residente de Enfermagem do Programa de Enfermagem em Saúde do Adolescente do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: jessica-campos15@hotmail.com

Inez Silva de Almeida

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery. Professora Adjunta do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da FACENF UERJ. Chefe da Equipe de Enfermagem do Ambulatório do NESA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: inezalmeida2016@gmail.com

Helena Ferraz Gomes

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: helenafg1@yahoo.com.br

Ellen M. Peres

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva- área de concentração Política, Planejamento e Administração em Saúde, pelo IMS/UERJ. Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde do Adolescente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: ellenperes@globo.com

Andréia Jorge da Costa

Enfermeira. Doutora em Psicanálise, Saúde e Sociedade. Enfermeira líder do Ambulatório do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: andreiajcosta@msn.com

Dayana Carvalho Leite

Enfermeira. Chefe de Enfermagem da enfermaria do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: dayanaleite@hotmail.com

RESUMO: Objetiva-se identificar a produção científica da enfermagem relatada na literatura sobre o uso e abuso de álcool na adolescência. Trata-se de estudo de revisão integrativa acerca das publicações relacionadas ao uso e abuso de álcool na adolescência. O levantamento foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados: MEDLINE, LILACS e BDEF. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos de autoria de enfermeiros, em português, na íntegra, compreendidos entre 1990 a 2017. Foram excluídos os artigos encontrados repetidos nas bases de dados, mantendo apenas o presente em uma base de dados, bem como os artigos de acesso indisponível ou incoerentes com o objeto do estudo. Após análise das publicações, respeitados os critérios de inclusão instituídos,

cinco estudos atenderam às exigências. Em geral, identificou-se que o uso e abuso de bebidas alcoólicas para os adolescentes simbolizam a busca por novos experimentos, independência, fuga de conflitos familiares e socialização. Conclui-se que nos últimos anos diversos novos estudos foram realizados acerca da temática do uso e abuso de álcool, porém, poucos são atribuídos à fase da adolescência. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas, tendo por objetivo contemplar ações preventivas e de controle do uso de álcool em adolescentes nos serviços de saúde envolvendo equipe de saúde com preparo específico para este tipo de agravo.

PALAVRAS-CHAVE Adolescente. Consumo de álcool. Enfermagem.

THE SCIENTIFIC PRODUCTION OF NURSING ON THE USE AND ABUSE OF ALCOHOL IN ADOLESCENCE

ABSTRACT: This study aims to analyze the scientific production of nursing reported in the literature on alcohol use and abuse in adolescence. It is an integrative review study about the publications related to the use and abuse of alcohol in adolescence, the survey was carried out in the databases: MEDLINE, LILACS and BDENF (via BVS). The inclusion criteria were: article available in Portuguese, in full, published in the period from 1990 to 2017. The exclusion criteria were: articles repeated in different databases and systematic reviews. After analyzing the publications, respecting the established inclusion criteria, 05 studies met the requirements. In general, it has been identified that the use and abuse of alcoholic beverages for adolescents symbolizes the search for new experiments, independence, escape from family conflicts and socialization. It is concluded that in recent years several new studies have been carried out on the theme of alcohol use, but few are attributed to the adolescent, new research should be carried out, aiming to contemplate preventive actions and control of alcohol use in adolescents in the basic networks of health services involving nursing staff with specific preparation for this type of aggravation.

KEYWORDS: Adolescent. Alcohol consumption. Nursing.

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é o mapeamento da produção científica da enfermagem sobre o uso e abuso de álcool entre os adolescentes.

A adolescência é delimitada cronologicamente dos 10 a 19 anos para a Organização Mundial de Saúde (OMS) e de 12 a 18 anos conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Corresponde a um período da vida marcado por diversas vulnerabilidades, em que os adolescentes procuram vivenciar novas experiências, e seus comportamentos acabam sendo associados à insegurança, insatisfação, ansiedade e agressividade. Dentre estas experiências vivenciadas

pelo adolescente está o uso e abuso de álcool, associados, por vezes, a sensação de liberdade, aceitação de outras pessoas e necessidade de poder ^(1,2,3,4).

Atualmente, o uso e abuso de álcool constitui um grave problema de saúde pública, trazendo sérias consequências para o usuário, mas também para a sociedade a sua volta e principalmente para a família. Ainda, é possível afirmar que o uso e abuso do álcool e de outras drogas atinge grande parte da população, independentemente da idade, raça, sexo, nível de instrução ou poder aquisitivo, sendo um problema social que começa cada vez mais precoce ^(5,6).

Na adolescência, o etilismo se torna mais preocupante, pois é nessa fase que o adolescente vivencia descobertas significativas, além da autoafirmação da personalidade e da individualidade. As transformações nesse período serão marcantes para a vida adulta, podendo deixar registros, tanto do ponto de vista social quanto biológico e psicológico. Além disso, nesta fase ficam evidenciados alguns transtornos emocionais em que o indivíduo poderá desenvolver na vida adulta, como por exemplo, o etilismo ^(6,7).

Outro ponto importante é o consumo excessivo, que se torna um fator de risco para determinadas doenças, além de interferir na incapacidade de desenvolvimento de atividades, na redução do tempo de vida, levando a danos físicos, mentais e sociais, constituindo um problema caracterizado como uma doença crônica e recorrente que ultrapassa as fronteiras sociais, políticas e emocionais ^(5,6).

Soma-se a isso, a exposição do indivíduo a diversas situações de risco como a dependência química, acidentes, violência, relação sexual desprotegida, entre outras ^(5,6).

O uso e abuso do álcool estabelece uma das principais razões para provocar situações de insegurança, assim como o uso de drogas ilícitas. A Organização Mundial de Saúde (2008) enfatiza que o álcool é a substância psicoativa mais utilizada no mundo e como principal escolha entre adolescentes. No Brasil, o álcool é a droga mais frequente em qualquer idade e a sua utilização em adolescentes está crescendo, particularmente entre os mais jovens de 12 a 15 anos. Ainda, o número de pessoas que se tornam dependentes de álcool tem aumentado significativamente nos últimos 30 anos, um problema que geralmente se inicia na adolescência ^(1,2).

Neste sentido, torna-se dever do profissional da saúde, no cuidado relacionado ao uso e abuso de álcool na adolescência, a orientação aos pais e familiares, enfatizando que não se afastem dos seus filhos durante a adolescência, pois mesmo sendo uma fase difícil e conturbada é de extrema importância o vínculo familiar, colaborando com a diminuição de possíveis práticas de riscos do adolescente ^(2,4).

Baseado nessas afirmações estabeleceu-se o seguinte questionamento: Qual a produção científica da enfermagem sobre o uso e abuso de álcool na adolescência no período de 1990 até 2017?

O presente estudo tem por objetivo identificar a produção científica da enfermagem relatada na literatura sobre o uso e abuso de álcool entre os adolescentes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que se configura como base da prática baseada em evidências, pois alcança a síntese de resultados obtidos em múltiplos estudos sobre um determinado tema, de maneira sistemática e ordenada, possibilitando completa compreensão do tema analisado ⁽⁸⁾.

A revisão integrativa compreende seis etapas primordiais, sendo elas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e síntese/apresentação do conhecimento ⁽⁹⁾.

Com o objetivo de analisar as pesquisas originais relevantes, como critério de inclusão foi estabelecido à obrigatoriedade de os artigos científicos serem de autoria de enfermeiros, em português, na íntegra, compreendidos entre 1990 a 2017. Foram excluídos os artigos encontrados repetidos nas bases de dados, a fim de evitar repetições, mantendo apenas o presente em uma base de dados, bem como os artigos de acesso indisponível ou incoerentes com o objeto do estudo referido. O recorte temporal com início em 1990 vai ao encontro do marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e adolescentes que trata o ECA ^(2,5).

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Enfermagem nas bases de dados a seguir: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Base de Dados da Enfermagem (BDENF), por meio dos descritores “adolescente”, “consumo de álcool” e “enfermagem”, para tal utilizou-se o operador booleano “and”. A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e setembro de 2018, de forma pareada entre os pesquisadores e em momentos distintos.

Para a organização, classificação e investigação dos dados utilizados foi construído um instrumento, elaborado pelos autores para formalizar a coleta dos dados. No instrumento, foram levantadas as seguintes variáveis: título, autor, ano, região do país, revista, metodologia, resultados e conclusão. A fim de organizar e sumarizar as informações de maneira concisa e objetiva.

A seguir realizou-se a avaliação, inclusão e exclusão dos estudos através de uma análise crítica do material selecionado, e a interpretação e discussão dos resultados encontrados. Os dados foram analisados, e a interpretação do material

ocorreu por meio de um diálogo com a literatura pertinente à temática em um movimento crítico-dialético.

Por se tratar de uma revisão integrativa, este estudo não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

RESULTADOS

Foram encontrados 349 artigos, sem a aplicação de filtros específicos. Ao realizar a filtragem foram identificados 42 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos títulos e resumos, a bibliografia potencial constituiu-se de cinco (05) artigos, sendo dois (02) artigos na BDNF, dois (02) na LILACS e um (01) artigo na MEDLINE.

Em relação à região do país onde o estudo foi desenvolvido, destaca-se a região norte com 60% (n=3), seguidas da região sul com 20% (n=1) e região sudeste com 20% (n=1). Predominaram estudos publicados nos anos de 2011 em 60% (n=3), 2013 em 20% (n=1) e 2015 em 20% (n=1). Quanto à metodologia utilizada nos estudos, dominou o descritivo-exploratório em 60% (n=3) seguido do descritivo em 40% (n=2).

Título	Autor Ano	Revista	Região	Metodologia	Resultados	Conclusão
História de vida e o alcoolismo: representações sociais de adolescentes	Silva S, Padilha M 2011 ⁽¹¹⁾ .	Rev. Min. Enferm.	Belém - PA	Escritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, utilizou-se o método de história de vida para captar as representações sociais dos sujeitos do estudo sobre o tema em questão.	A inserção da bebida alcoólica no seio familiar e seu uso de forma abusiva foram relevantes para o primeiro contato dos adolescentes com o álcool e outras drogas.	Nesta pesquisa, foi possível identificar como o encontro do adolescente com o alcoolismo durante sua infância foi primordial para a estruturação de representações sociais, nas quais adotavam a bebida alcoólica para lidar com os problemas emergentes na realidade, sendo destacado que tais representações sociais serão responsáveis pela prática social dos sujeitos do estudo.
Adolescentes que fazem uso nocivo/abusivo de álcool: percepção de risco e proteção para dependência	Rozin L, Zagonel IPS 2013 ⁽¹²⁾ .	Rev. Eletr. Enf.	Curitiba-PR	O método utilizado para a realização do estudo foi exploratório-descritivo com análise de dados quali e quantitativos.	Resultados indicaram adolescência conflituosa familiar, associada à ausência do pai ou criação por padrastos/ madrastas, desejo de autonomia e liberdade para escolhas.	Foi identificado como proteção para o consumo de álcool a atenção e aproximação dos pais e autocontrole pelos adolescentes.

Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência	Neves KC, Teixeira MLO, Ferreira MA. 2015 ⁽¹³⁾ .	Esc Anna Nery	Rio de Janeiro - RJ	Pesquisa quali-quantitativa, convergente-assistencial realizada com 21 adolescentes da cidade do Rio de Janeiro, com idade entre 12 e 18 anos.	Os resultados mostraram que 18 entrevistados consumiam bebidas alcoólicas, sendo a cerveja a principal bebida consumida e a diversão, a companhia de amigos e a fuga da realidade as principais finalidades para o consumo.	A facilidade de acesso incentiva o consumo do álcool e, apesar de conhecerem alguns dos riscos, consomem as bebidas, geralmente, em grupos.
Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas	Silva S, Padilha M. 2011 ⁽¹⁴⁾ .	Rev. Esc. Enferm USP	Belém - PA	Pesquisa descritiva qualitativa que teve como objetivo analisar as atitudes dos adolescentes diante da ingestão de bebidas alcoólicas.	O consumo da bebida alcoólica está associado a diversão, mas também significa um modo de não pensar nos problemas. Os adolescentes utilizaram outros tipos de drogas em alguns momentos, porém o uso do álcool é unanimidade.	Concluiu-se que, para o adolescente, o álcool favorece a socialização e o prazer e que isso pode levar ao uso abusivo e contato com drogas ilícitas, como a maconha, a cocaína e o tiner.
A enfermagem estimulando o autocuidado de adolescentes a partir das representações sociais desses sobre as bebidas alcoólicas.	Silva S, Padilha M, Santos L. 2011 ⁽¹⁵⁾ .	Enfermagem em foco	Belém - PA	Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa, adotando a Teoria das Representações Sociais na perspectiva de Moscovici.	O estudo permitiu identificar a falta de proteção dos adolescentes consigo mesmos, e essa atitude foi relacionada ao significado do autocuidado, visto que os entrevistados se envolveram em situações de risco como forma de buscar seu "bem-estar".	Identificou-se, neste estudo, que as bebidas alcoólicas representaram para os adolescentes a busca por novas experiências, para serem aceitos pelo grupo a que pertençam. A importância do autocuidado foi implicada na necessidade de estarem preparados para se proteger dos perigos que circundam a fase da adolescência.

Quadro 1. Distribuição da bibliografia potencial realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) sobre o uso e abuso de álcool na adolescência. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A adolescência é um período de grandes modificações e transformações, com o aparecimento da independência, liberdade e responsabilidade. Nesta fase, o adolescente pertence a um coletivo, apresentando, porém, divergências entre seus familiares. Os adolescentes encontram entre si semelhanças e características de refletir e agir, buscando alcançar a sua identidade e ambiente. Esta fase se apresenta como uma etapa em que o ser humano vivencia novas experiências,

caminhando para mudanças no seu modo de agir e pensar, requisitando grandes responsabilidades e percepção do certo e errado ^(10,11,12,13,14).

Neste sentido, a adolescência é caracterizada como fase de risco para o uso de álcool, relacionada às ações concebidas nessa fase de transição para a idade adulta. Dentre as causas influenciáveis no uso e abuso do álcool, existem os fatores sociais, ambientais e genéticos. Observa-se que a relação social entre os adolescentes, acarreta no uso de bebidas alcoólicas, considerando a necessidade de inclusão em grupos, a busca de novas sensações e prazeres, incluindo a ingestão de bebidas alcoólicas ^(13,15,16,17).

O uso de bebida alcoólica está vinculado em sua maioria, ao prazer, felicidade e fuga de problemas. Apesar de não ser caracterizado pela maioria da sociedade, o álcool é uma droga, mesmo com seu consumo legal, podendo notar que o álcool é a primeira droga que os seres humanos fazem uso, abrindo portas para demais drogas ^(13,14).

Estudo revela ainda que o álcool é a droga mais utilizada por adolescentes, com uso de pelo menos uma vez na vida, sendo a droga mais consumida em todas as idades, daí constituir um grave problema de Saúde Pública ⁽¹³⁾.

Compreende-se que o conjunto de bebidas alcoólicas utilizadas por adolescentes está centrado no consumo de cerveja, contudo, existe o uso de destilados, como a cachaça, vodca e uísque, que são inseridas após a cerveja devido ao aumento de teor alcoólico ^(14,17,18).

Adolescentes que usam de forma abusiva o álcool, retratam fases conturbadas em âmbito familiar, como inserção da bebida alcoólica no meio familiar, laços familiares conflitivos, proximidade reduzida entre integrantes da família, apatia dos pais e negligência de seus responsáveis.

O uso de álcool pode ser iniciado em âmbito familiar, mas também está associado aos encontros com amigos para lazer. Além disso, a família é baseada por inúmeros valores que requerem ser respeitados, composta por um grupo de pessoas que podem influenciar atitudes relacionadas ao adolescente. A cautela para o início do uso de bebidas alcoólicas na adolescência está relacionada também com o bom convívio familiar ^(19,20).

O abuso de bebidas alcoólicas surge com a facilidade de liberação dessas bebidas em eventos de fácil acesso ao adolescente. Ao mesmo tempo em que a legislação estabelece a venda proibida de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, o uso é uma atividade comum entre os adolescentes, no ambiente familiar, em festas ou mesmo em ambientes sociais. O crescimento do uso de bebidas alcoólicas ocorre devido à grande divulgação da mídia e ao fácil consumo, mesmo com a proibição do comércio de bebidas alcoólicas para menores de idade, os adolescentes não retratam dificuldades em consumir, tornando permissivo o uso

através de propagandas ^(12,21,22,23,24).

No Brasil, o artigo 243 do ECA estabelece uma pena de detenção de seis meses a dois anos para quem “vender, fornecer, ainda que gratuitamente, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a crianças e adolescentes, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica ainda que por utilização indireta”. No ano de 2003, este artigo foi reeditado pela Lei Federal 10.764 passando a valer então pena de 2 a 4 anos acrescentado de multa para quem burlar o artigo ⁽²⁵⁾.

Conforme apontam estudos, existe uma ampla precaução relacionada às ameaças ocasionadas ao uso e abuso de bebidas alcoólicas. No geral, ao referirem sobre a temática os adolescentes apontam entendimentos relacionados aos prejuízos à saúde, bem como precaução direcionada ao surgimento da dependência alcoólica, danos sociais, riscos de agressão, riscos de violência na rua ou em casa, inserindo o indivíduo que faz uso de bebidas alcoólicas em demasia, ora como vítima, ora como agressor. Ainda apontam a apreensão relacionada a produtividade escolar, onde o abuso dessas substâncias pode levar ao declínio do desenvolvimento no progresso de aprendizagem. Adolescentes que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas possuem mais ausências em aulas, perdendo parte do andamento pedagógico, e os que frequentam aulas manifestam apatia, preguiça, lentidão e déficit no entendimento ^(13,20).

Pesquisas apontam para danos cerebrais no hipocampo provocado pelo uso excessivo de álcool, prejudicando o aprendizado e a memória, uma vez que o hipocampo é o local do cérebro onde a memória é formada e depois compartilhada para outras áreas cerebrais. Além disso, danos no hipocampo podem prejudicar a formação de novas memórias, o que influencia no processo de aprendizagem ^(13,19,20).

Outro dado evidenciado é a ausência de autocuidado dos adolescentes, considerando que com os mesmos se cercaram em episódios de risco como o objetivo de alcançar o seu “bem-estar” ⁽¹⁵⁾.

A dimensão do autocuidado foi atribuída para que os adolescentes possam estar instruídos para se preservar dos riscos que envolvem a fase da adolescência. Nesse sentido, o enfermeiro tem papel fundamental na promoção de saúde, junto aos adolescentes no que tange os riscos e consequências do uso e abuso do álcool, a fim de mantê-los distantes dessas substâncias. Estes aspectos de prevenção do uso de álcool se relacionam de forma acessível quando existem profissionais qualificados, utilizando práticas educativas voltada aos adolescentes, com o propósito de despertar o crescimento dos hábitos de vida saudáveis. Além disso, o investimento em técnicas de educação em saúde podem diminuir as consequências causadas pelo uso e abuso do álcool ^(12,13,15).

CONCLUSÃO

A partir do mapeamento da literatura científica da enfermagem foi possível identificar o predomínio de estudos realizados na região norte do país, metodologia descritivo-exploratório, no ano de 2011.

O estudo evidenciou que o uso e abuso de bebidas alcoólicas para os adolescentes simbolizam a busca por novos experimentos, independência, fuga de conflitos familiares e socialização. Ressalta-se que nos últimos anos diversos novos estudos foram realizados acerca da temática do uso e abuso de álcool, porém, poucos são atribuídos à fase da adolescência.

Portanto, torna-se pertinente a realização de novas pesquisas com o objetivo de contemplar ações preventivas e de controle do uso de álcool em adolescentes nos serviços de saúde envolvendo equipe de enfermagem com preparo específico para este tipo de agravo.

REFERÊNCIAS

1. Moura FG, Santos JE. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog 2011;7(3):126-32.
2. Gil HLB, Melo DF, Ferriani MGC, Silva MAI. Opinião de adolescentes estudantes sobre consumo de drogas: um estudo de caso em Lima, Peru. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 jul/ago; 16(nºesp): 551-57.
3. Pratta E, Santos M. Fatores de risco para o uso na vida e no ano de álcool entre adolescentes do ensino médio . SMAD [Internet]. 1abr.2013;9(1):18-4.
4. Cavalcante MBPT, Alves MDS, Barroso MGT. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. Esc Anna Nery. 2008;12(3):555-9.
5. Silva LVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Rev Saúde Pública 2006; 40: 280-8.
6. Vargas D, Bittencourt MN, Silva ACO, Soares J, Ramirez EGL. Concepções de profissionais de enfermagem de nível médio perante o dependente químico. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):1063-8.
7. Faria Filho EA. Perfil do consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes escolares de uma capital brasileira. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2014;10(2):78-84.
8. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. Cogitare Enferm. 1998 Jul-Dez; 3(2):109-12.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm. 2008; (4):758-764.
10. Santos ARM, Silva EAPC, Silva PPC, Cartaxo HGO, Freitas CMSM. Estilo de vida na adolescência: O Envolvimento Religioso atuando nos Comportamentos de Risco à Saúde. Pensar a Prática. 2014; 17(1):01-294.

11. Silva SED, Padilha MI. História de vida e o alcoolismo: Representações sociais de adolescentes. *Rev. Min. Enferm.* 2011; 15(1):70-78.
12. Rozin L, Zagonel IPS. Adolescentes que fazem uso nocivo/abusivo de álcool: percepção de risco e proteção para dependência. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013; 15(3):687-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.19658>.
13. Neves KC, Teixeira MLO, Ferreira MA. Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. *Esc Anna Nery.* 2015; 19(2):286-291.
14. Silva SED, Padilha MI. Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2011; 45(5):1063-9.
15. Silva SED, Padilha MICS, Santos LMS. A enfermagem estimulando o autocuidado de adolescentes a partir das representações sociais desses sobre bebidas alcoólicas. *Enfermagem em Foco.* 2011; 2(3):160-163.
16. Stolle M, Sack P-M, Thomasius R: Binge drinking in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2009, 106 (19): 323-328.
17. Acosta LD, Fernández AR, Pillon SC. Social risk factors for alcohol use among adolescents and youth. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(Spec):771-81.
18. Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre Consumo de sustancias Psicoactivas. Argentina, 2006.
19. Kerr DC, Capaldi DM, Pears KC, Owen LD (2012) Intergenerational influences on early alcohol use: independence from the problem behavior pathway. *Dev Psychopathol* 24(3):889–906.
20. Lepre RM, Martins RA. Raciocínio moral e uso abusivo de bebidas alcoólicas por adolescentes. *Paidéia, Ribeirão Preto.* 2009;19(42).
21. Ruiz MR, Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005; 13(número especial): 813-8.
22. Fraga S, Sousa S, Ramos E, Dias S, Barros H. Alcohol use among 13-year-old adolescents: associated factors and perceptions. *Public Health.* 2011;125:448-456.
23. Matos A M, Carvalho RC, Costa MCO, Gomes KEPS, Santos LM. Consumo frequente de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares: estudo de fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):1-12.
24. Chartier KG, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM. Development and vulnerability factors in adolescent alcohol use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2010;19(3): 493–504.
25. Ministério da Justiça (BR). Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília (DF): MJ; 1990.

O CUIDADO NEONATAL EM PROJETO DE EXTENSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 27/11/2019

Meiriane Christine dos Santos Aguiar

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Isis Vanessa Nazareth

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Barbara Santos de Almeida

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Beatriz Cristine da Costa Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Isadora Oliveira do Amaral

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Kelly Pinheiro Vieira

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Laís Loureiro Figueiró Araújo

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Larissa de Araújo Mantuano Agostinho

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Luiza Fernanda Thomaz Mendonça

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Rayane Loyze de Melo Porto

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Tamara Lopes Terto

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

Wanderlane Sousa Lima

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

Macaé – Rio de Janeiro

RESUMO: OBJETIVOS: Implementar ações de enfermagem para a mulher com filho recém-nascido que vai à consulta de puericultura na Estratégia de Saúde da Família com vistas a fortalecer o apego mãe-filho-família, e aumento da competência da mulher para cuidado do filho no domicílio. **METODOLOGIA:** Relato de experiências sobre o Projeto de Extensão “Nasceu e agora? Educação em saúde para o cuidado materno com o bebê” do curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro- Campus Macaé. Atividades baseadas na comunicação dialógica e nas experiências dos participantes. São propostas estratégias como rodas de conversa e discussões temáticas, oficinas para reflexão coletiva, produção de materiais ilustrativos e recursos didáticos. **RESULTADOS:** Todos os bebês precisam de cuidados básicos para ajudar a assegurar sua sobrevivência e bem-

estar. Baseado nisto as atividades são divididas de forma rotineira e com temas que incluem amamentação exclusiva, imunização, cuidados higiênicos, relacionamento afetivo com a mãe, ações para prevenção de infecções. **CONCLUSÃO:** O projeto é uma oportunidade de vivenciar as necessidades e dificuldades maternas. São notáveis que as ações de educação em saúde e as orientações realizadas com as mães são indispensáveis para o melhor cuidado com o recém-nascido. A atuação do projeto estabelece um vínculo maior entre o sistema de saúde e as mães colaborando assim com o pleno crescimento e desenvolvimento infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Neonatal, Enfermagem Materno-Infantil, Educação em Saúde.

NEONATAL CARE IN EXTENSION PROJECT: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: OBJECTIVES: To implement nursing actions for women with newborn children who attend childcare consultations in the Family Health Strategy to strengthen mother-child-family attachment, and increase women's competence to care for their children at home. **METHODOLOGY:** Experience Report on the Extension Project "Born and Now? Health education for maternal care with the baby" of the undergraduate Nursing and Obstetrics course at the Federal University of Rio de Janeiro- Campus Macaé. Activities based on dialogic communication and participants' experiences. Strategies such as conversation circles and thematic discussions, workshops for collective reflection, production of illustrative materials and didactic resources are proposed. **RESULTS:** All babies need basic care to help ensure their survival and well-being. Based on this, the activities are routinely divided into themes that include exclusive breastfeeding, immunization, hygienic care, affective relationship with the mother, actions to prevent infections. **CONCLUSION:** The project is an opportunity to experience maternal needs and difficulties. It is noteworthy that health education actions and guidance given to mothers are indispensable for better care of the newborn. The project's action establishes a greater bond between the health system and the mothers, thus contributing to the full growth and development of children.

KEYWORDS: Neonatal Nursing, Maternal and Child Nursing, Health Education.

1 | INTRODUÇÃO

O enfoque específico deste projeto é a educação em saúde para mães de recém-nascidos. Isto porque a relação dialógica com a sociedade deve envolver a saúde e a educação, na geração do bem-estar e qualidade de vida, por estes possuírem determinantes multidimensionais, que interagem, influenciando desde a concepção até a morte, através de gerações. Ainda, de forma mais incisiva pode-se considerar que a geração de bem-estar e qualidade de vida da população impacta nas

condições básicas de saúde e educação, mesmo quando esses são considerados nos seus amplos conceitos. De igual modo, é sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde desde o período neonatal.

Vive-se em uma sociedade democrática que tem por definição a pluralidade, o convívio e a interlocução na diversidade. De acordo com o artigo XXV da Declaração dos Direitos Humanos:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (Brasil, 2018)

Mais elementar do que o previsto no artigo citados é ter esse direito assegurado e exercido.

Ademais, de acordo com o artigo XXVI:

Toda pessoa tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória. A instrução técnico-profissional será acessível a todos, bem como a instrução superior, está baseada no mérito. (BRASIL, 2018).

O direito de participar nos espaços e processos comuns de ensino e aprendizagem está previsto na legislação, e as políticas educacionais devem estar compatíveis com esses pressupostos que orientam para o acesso pleno e condições de equidade no sistema de ensino. (BRASIL, 2018).

Isto também incentiva a formação cidadã do acadêmico, pois através da sua atuação em projetos de extensão no município que acolhe a universidade, ele passa a entender que a educação em saúde acima de tudo é educação. A educação, enquanto processo dialógico, formativo e transformativo, supõe, necessariamente, um contato, transmissão e aquisição de conhecimento, acrescentando também o desenvolvimento de competências, hábitos e valores. Estas características norteiam o trabalho dos futuros profissionais de saúde, marcado por dupla identidade: a de educador e a de trabalhador da saúde. (MONTEIRO, MARIANI, FONTOURA, GONÇALVES, GAVIRIA, 2017).

Ao se considerar que os bebês que vão à primeira semana de nascidos à consulta de puericultura são aqueles que nascem saudáveis e a termo, a atenção que eles recebem durante as primeiras horas, dias e semanas de vida pode determinar se eles permanecerão saudáveis. Todos os bebês precisam de cuidados básicos para ajudar a assegurar sua sobrevivência e bem-estar. Esses cuidados básicos são chamados de cuidados essenciais ao recém-nascido e inclui amamentação exclusiva até os seis meses, imunização, cuidados higiênicos, relacionamento

afetivo com a mãe, ações para prevenção de infecção. (NAZARETH, SANTOS, GONÇALVES, SOUZA, 2013).

Existe, também, a necessidade de incentivar, na consulta de puericultura, o preconizado na primeira semana de saúde integral, esclarecendo sobre o teste do pezinho (Triagem Neonatal) e incentivo ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Infantil, uma vez que quando vão para o domicílio são mais suscetíveis à desnutrição calórico-proteica e a doenças infectocontagiosas, que comprometem o desenvolvimento em vários níveis e leva a altas taxas de mortalidade. (BRASIL, 2018)

Estes são exemplos micros dentro da atenção a saúde que reforçam a importância de fazer do direito de todos à educação e à saúde um movimento coletivo de mudança aponta para o enfrentamento dos determinantes e definidores em toda a sua amplitude. Mais do que o acesso a sistemas de educação e de saúde de qualidade, são necessárias suas transformações e das práticas sociais na adoção de políticas públicas saudáveis e inclusivas, uma efetiva articulação intersetorial do poder público, mobilização da população na prevenção, no envolvimento das relações com as famílias e a comunidade. Desse modo, vale ressaltar que se faz urgente o estabelecimento de estratégias capazes e concretas de enfrentamento frente às problemáticas, visando à promoção de saúde e educação, através de seus próprios fundamentos e práticas, estritamente relacionados entre si e ao exercício da cidadania e à geração de bem-estar e qualidade de vida para a população. (CARVALHO, SANTOS, CAMPOS, 2013).

Desse modo, a promoção de saúde e de educação constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a produção do bem-estar e vida com qualidade para os indivíduos, tendo o exercício da cidadania como um mediador. Logo cabe agrupar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde e à educação. Ao combinar e trabalhar as informações do cotidiano é gerado um instrumento valioso de estímulo real da adesão aos ensinamentos e participação. (MONTEIRO, MARIANI, FONTOURA, GONÇALVES, GAVIRIA, 2017).

Assim, projetos de educação em saúde elaborados de modo a permitir a construção de sujeitos autônomos e críticos são indispensáveis para a efetivação do novo modelo de saúde. O papel educativo deve ser desenvolvido e potencializado por todos os integrantes do cotidiano da saúde, propiciando condições para a construção de novas condutas e papéis que facilitem a integração e aprendizagem dos envolvidos na melhoria da qualidade de vida. (MONTEIRO, MARIANI, FONTOURA, GONÇALVES, GAVIRIA, 2017).

De igual modo a proposta deste projeto é através da atuação das práticas

dialógicas de educação em saúde, que na perspectiva do cuidar/ educando, o ser que cuida/ educa precisa não apenas da habilidade técnica e instrumental, mas de competência emocional nas relações interpessoais da saúde que devem ser pensados como processos interativos e contínuos na troca de experiência e vivências; fundamentados no respeito mútuo, na competência e no envolvimento.

Dessa forma, abre-se espaço para que ocorra o pleno desenvolvimento do cuidar/educar de modo qualificado e qualificante para a mãe que cuida do seu filho através do seguinte objetivo: Implementar ações de enfermagem para a mulher com filho recém-nascido (0-28 dias) que vai à consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família com vistas a fortalecer o apego (mãe-filho-família) e aumento da competência da mulher para cuidado do filho no domicílio.

2 | METODOLOGIA

As atividades educativas foram desenvolvidas baseadas na comunicação dialógica, na participação e na problematização, baseando-se nas experiências das mães, crescendo, construindo um referencial e planejando ações educativas componentes das propostas do Sistema Único de Saúde.

Para as discussões dos temas foram propostas estratégias como rodas de conversa e discussões temáticas, interessando-se pela interação entre as pessoas e sua realidade, pelo desenvolvimento de sua capacidade intelectual e de sua consciência social, realizando-se oficinas para reflexão coletiva sobre os assuntos de interesse da comunidade incluindo produção de materiais ilustrativos e demais recursos didáticos.

Preocupou-se menos com os conteúdos e com os efeitos ou condutas preestabelecidas, e mais em desenvolver nas mulheres-mães a capacidade de observar, analisar, questionar a sua realidade, os seus problemas e incentivar a procura de soluções ou respostas adequadas para melhorá-las.

Ao fim das atividades foram desenvolvidos relatórios com um formulário estruturado para a caracterização dos participantes, além do diário de campo para o registro de todas as atividades desenvolvidas pelos membros da equipe que compõe o projeto.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O nascimento de um filho desperta muitos sentimentos nas mães, e ao exercer a maternidade é comum a mulher demonstrar desconhecimento, falta de habilidade ao defronta-se com as tarefas exigidas para o bem estar do recém-nascido.

As orientações para as mulheres-mães devem ser iniciadas desde o pré-natal, seguir no alojamento conjunto e reforçados no acompanhamento de saúde da criança após a alta hospitalar, momento em que o profissional de saúde tem grande oportunidade de observar, orientar, educar e dar espaço para a mãe expor os seus sentimentos, a fim de evitar a ocorrência de determinados riscos desnecessários causados pela falta de preparo e inabilidade ao proporcionar maior segurança e melhor desempenho nos cuidados com o recém-nascido no domicílio.

O cuidado materno constitui um conjunto de ações biopsicosocioambiental que permitem à criança desenvolver-se bem. Além de sentir-se rodeada de afeição, a criança precisa de um potencial de cuidados e providências a serem tomadas, algumas delas são: o sono tranquilo, a alimentação, a higiene e estímulos para o desenvolvimento infantil. Reconhecer e saber interpretar corretamente os sinais que o recém-nascido emite é imprescindível para a sua saúde e o seu bem-estar. (Alcântara, Brito, Costa, Façanha, Ximenes, Dodt, 2017)

Levando em consideração esta recomendação, refletiu-se que melhor momento para discutir e esclarecer as dúvidas maternas em relação aos primeiros cuidados com seu filho é durante a consulta de puericultura, pois é quando há aproximação e compreensão dos aspectos sociais e culturais que são envolvidos nas práticas maternas à criança nos primeiros dias de vida para promoção saudável do desenvolvimento e crescimento.

Isto porque as mulheres formam um grupo cultural que deve ser valorizado, pois possuem experiências particulares que dão significado as expressões humanas, interpretações e interações sociais refletindo na maneira como ela cuida do filho no domicílio. (Leininger, McFarland, 2015)

Nesta conjuntura, partiu-se da concepção de que para planejar mecanismos de intervenção capazes de influenciar a dinâmica e funcionalidade do processo de viver da população, em que pese às condições necessárias para garantir a qualidade de vida, faz-se necessário compreender a realidade objetiva, pois, para intervir é necessário, antes – conhecer. (MORIN, 2018).

Diante dessa assertiva, realizou-se um levantamento de informações através de bancos de dados dos Sistemas de Informações de Agravos Notificáveis (SINAM), Sistema Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Nascidos vivos (SINASC) para um diagnóstico situacional simplificado, com vistas a consubstanciar ações futuras e contribuir com a saúde da comunidade do município onde as atividades foram realizadas.

Nos anos recentes (2010-2018), a taxa de sobrevivência infantil aumentou significativamente no país, em grande parte por causa de atividades como programas de imunização infantil e controle de diarreia. No entanto, as altas taxas de mortalidade infantil entre recém-nascidos (bebês até 28 dias de vida) permanecem praticamente

iguais. Aproximadamente 20% de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos ocorre entre recém-nascidos. Especificamente no Rio de Janeiro em 2018 houve 2,2 óbitos na idade de 7 a 27 dias por 1.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2014)

Outra situação relevante é em relação àquelas mulheres que se tornam mãe na adolescência no município onde o projeto atua. Em análise preliminar constatou-se elevado (19,2%) número de partos de adolescentes entre 10 e 19 anos em 2018.⁶ Ter filhos na adolescência significa um risco social para o desenvolvimento da criança, pois mães adolescentes quando comparadas a mães adultas, interagem quantitativamente menos com seus filhos, são menos sensíveis às necessidades do bebê, oferecem poucas oportunidades de estimulação, verbalizam menos durante as interações com a criança, tendem a olhar e variar as expressões faciais com menor frequência, respondem menos contingentemente ao comportamento dos filhos, por serem menos sensíveis, menos pacientes, e comunicativas. Frequentemente não interpretam bem as necessidades de seus filhos, o que nos remete uma responsabilidade ainda maior em prepará-la para o cuidado com o bebê no domicílio. (NAZARETH, SANTOS, GONÇALVES, SOUZA, 2013).

Encontrou-se também coeficientes elevados de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em crianças entre menores de 1 ano anos no município (o proporcional de 8,9 %) em 2018, sendo que no estado do Rio de Janeiro para a mesma causa de mortalidade e faixa etária encontrou-se um proporcional de 14,4%. (BRASIL, 2018).

Ao se ponderar os dados epidemiológicos e considerar o ambiente social e cultural materno, formulou-se e desenvolveu-se atividades subsidiando as mães no cuidado com seu filho recém-nascido (higiene oral e corporal, curativo coto umbilical, troca de fralda, aleitamento, Primeira Semana Saúde Integral, Imunização, Triagem Neonatal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento); fortaleceu-se as práticas do manejo do aleitamento materno (instalação e manutenção da lactação, adequando as necessidades da mulher e do recém-nascido); abordou-se os perigos do desmame precoce com medidas de empoderamento para elas pudessem para cuidar dos seus filhos no domicílio com perspectivas para o aumento das taxas de aleitamento materno; construiu-se grupos educativos de mães e familiares com o objetivo de troca de vivências para superar as dificuldades inerentes a maternidade e aos cuidados com o recém-nascido; propôs o desenvolvimento de estratégias efetivas e sustentáveis de promoção em educação em saúde por meio da prevenção e controle integrados dos principais fatores de vulnerabilidade infantil: mães adolescentes, baixa escolaridade materna, situação conjugal materna insegura, mães dependentes de drogas lícitas e ilícitas.

Depois de todo o contexto acima desenvolvido nas atividades educativas, acrescenta-se ainda à relevância da proposta de extensão o pensamento de que

todo problema social deverá ser contextualizado e compreendido a partir das conexões estabelecidas entre as múltiplas dimensões envolvidas, que, por sua vez, se constituem em fatores condicionantes e determinantes para o processo de saúde-doença da coletividade, sem, contudo, deixar de considerar as particularidades de cada indivíduo ou subgrupos que se constituem a partir das diferentes fases do ciclo vital, em especial quando se trata da maternidade. (ARAÚJO, SILVA, COLLET, NEVES, TOSO, VIERA, 2018).

Inclui-se ainda que presente projeto cria vínculos com projeto pedagógico do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, campus Macaé, pois se propôs a executar atividades técnico-científicas inerentes ao campo da saúde e educação, com percepção crítica da realidade sócio-econômico-político-cultural em nível individual e coletivo. Visou ainda o desenvolvimento de experiências inovadoras capazes de enriquecer o processo ensino-aprendizagem, e treinamento e capacitação dos recursos humanos a partir de e para valores bem determinados sócio culturalmente.

Associado a isso, o projeto trouxe como proposta intrínseca a articulação entre pesquisa-ensino-extensão, ao socializar o conhecimento adquirido, ampliar instrumentos didático-pedagógicos dos alunos, mobilizando-os para o desenvolvimento de desafios maiores na sua formação acadêmica e profissional, e multiplicar conhecimentos técnico-científicos acerca da indicação, usos e riscos de determinantes de agravos à saúde no ciclo vital da criança-crescer e desenvolver com saúde, durante as atividades.

Com isto, foi oportuna a inserção dos alunos nas atividades do projeto pois interagiram com a comunidade e foram capazes de interpretar a realidade social com incentivos à investigação e à pesquisa, elementos norteadores na construção do conhecimento na conjugação ensino-pesquisa-extensão nas universidades públicas brasileiras.

4 | CONCLUSÃO

Com os resultados das atividades educativas refletiu-se que morbidade e mortalidade poderiam ser evitadas se houvesse uma adequada orientação materna durante a consulta de puericultura no que tange aos cuidados com o recém-nascido no domicílio. Percebe-se que na maioria das vezes a abordagem materna ao bebê nestas consultas ainda hoje, é feita por inúmeras assertivas sobre “o que pode”, “o que não pode” e nada mais. Pouco acompanhamento lhe é possibilitado ou minimamente perguntado se tem alguma dúvida. Muitas vezes não lhe é dada voz na busca de evidenciar suas reais necessidades e dificuldades, podendo gerar mães inseguras e que na maioria das vezes não encontram o apoio e a segurança

de que necessitam.

Portanto, o presente projeto se justificou pela necessidade em permitir espaços e mecanismos efetores de saúde e educação, quer seja por meio de análise das problemáticas quer seja na promoção de atividades de agregue o ensino e a pesquisa para promoção de bem-estar com redução da morbidade e mortalidade do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Kamille Lima et al. ORIENTAÇÕES FAMILIARES NECESSÁRIAS PARA UMA ALTA HOSPITALAR SEGURA DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO:: REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 02, n. 11, p.645-55, fev. 2017.

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança:: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Londrina, v. 6, n. 67, p.1000-1007, Não é um mês valido!/Não é um mês valido! 2014. Mensal. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

Brasil. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA**. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA ORIENTAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO**. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS [Internet].

Brasília: 2019. [cited 2019 Mar 20]. Available from: <http://datasus.gov.br>

Carvalho MD, Santos NRD, Campos GWDS. CONSTRUCTION OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM AND HEALTH WORKFORCE PLANNING IN BRAZIL: A BRIEF HISTORICAL TRAJECTORY. **Saúde Debate**. 2013; 37(98):372-87.

Leininger MM, McFarland RM. Cultural care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 3rd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett; 2015.

MONTEIRO, Filomena Maria de Arruda et al. PESQUISA, FORMAÇÃO E DOCÊNCIA: PROCESSOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DÓCENTE EM DIÁLOGO. **Editora Sustentável**, Cuiabá, 2017.

Morin D. CIÊNCIA COM CONSCIÊNCIA. Rio de Janeiro. 13ª ed. Bertrand: 2018.

Nazareth IV, Santos IMM, Gonçalves APO, Souza ES. RISK FOR CHILD DEVELOPMENT ACCORDING TO THE INTEGRATED ATTENTION STRATEGY TO THE PREVALENT ILLNESSES IN CHILDHOOD. **Rev enferm UFPE on line** [Internet]. 2013 Feb [cited 2014 Mar 14];7(2):[about 8 p.]. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3376>

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO BIPOLAR TIPOS I E II E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Data de aceite: 27/11/2019

Patricia Maria da Silva Rodrigues

Universidade Federal de Alagoas – UFAL / Estácio de Sá de Alagoas.
Maceió – Alagoas

Flaviane Maria Pereira Belo

Universidade Federal de Alagoas – UFAL.
Maceió – Alagoas

Luís Filipe Dias Bezerra

Universidade Federal de Alagoas – UFAL.
Maceió – Alagoas

Andrey Ferreira da Silva

Universidade Federal de Alagoas – UFAL / Estácio de Sá de Alagoas.
Maceió – Alagoas

Jirliane Martins dos Santos

Estácio de Sá de Alagoas.
Maceió – Alagoas

Caroline Tenório Guedes de Almeida

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL.
Maceió – Alagoas

Gabrielly Giovanelly Soares Martins

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL.
Maceió – Alagoas

Flavianne Estrela Maia

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL.
Maceió – Alagoas

Ingrid Peixoto Veiga Wanderley

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL.
Maceió – Alagoas

Maila Lorena de Carvalho Sousa

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL.
Maceió – Alagoas

Andreza Maria Gomes de Araujo

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL.
Maceió – Alagoas

Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

Universidade Federal de Alagoas – UFAL.
Maceió - Alagoas

RESUMO: O estudo teve com objetivo: determinar a prevalência do transtorno bipolar tipos I e II; e analisar a associação com outros transtornos mentais. Método: estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal. Realizado em um bairro da capital de Alagoas, Brasil. Amostra probabilística, aleatória por conglomerados, não estratificada, composta por 894 pessoas. Os dados foram primários, através de entrevistas, com o Formulário Epitransmental, disponível em Tablets. Realizou-se análise descritiva, cálculo de prevalência, testes de associações e medida

de tendência central. Aplicou-se o Teste de Qui-quadrado de *Pearson*, *Exato de Fisher* e T de *Student*, com intervalo de confiança de 95% e p valor < 0,05. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, número 608.613. Resultados: identificou-se a prevalência de 14,4% de transtorno bipolar, 7,4% TB I e 7,0% TB II. Foram comorbidades prevalentes associadas ao TB: transtorno de ansiedade generalizada (OR: 5,10; IC: 3,25-8,01), fobia social (OR: 5,56; IC: 2,78-11,13), transtorno do pânico (OR: 9,99; IC: 4,80-20,80), agorafobia (OR: 2,49; IC: 1,68-3,69), transtorno obsessivo compulsivo (OR: 7,13; IC: 3,57-14,26), transtorno do estresse pós-traumático (OR: 2,00; IC: 0,99-4,06), abuso de álcool (OR: 9,49; IC: 3,32-27,13), dependência de álcool (OR: 5,21; IC: 2,81-9,66) e dependência de substância (OR: 3,68; IC: 1,31-10,31), com média de 2,8 comorbidades por pessoa com TB (DP \pm 1,55; IC: 1,92-2,32). Conclusão: constatou-se uma alta prevalência de transtorno bipolar I e II nesta população, quando comparado as taxas apresentadas na literatura; forte associação entre TB e comorbidades psiquiátricas, com ênfase para os transtornos ansiosos, abuso e dependência de álcool.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Bipolar; Epidemiologia; Transtornos Mentais; Comorbidade; Tentativa de Suicídio.

ASSOCIATION BIPOLAR TYPES I AND II AND PSYCHIATRIC COMORBILITIES

ABSTRACT: The study aimed to: determine the prevalence of bipolar disorder types I and II; and analyze the association with other mental disorders. Method: epidemiological, observational, descriptive and cross-sectional study. Held in a neighborhood of the capital of Alagoas, Brazil. Unstratified random cluster sample consisting of 894 people. Data were primary through interviews with the Epitransmental Form, available on Tablets. Descriptive analysis, prevalence calculation, association tests and central tendency measurement were performed. Pearson's chi-square test, Fisher's exact test and Student's t test were applied, with a confidence interval of 95% and p value <0.05. Research approved by the Research Ethics Committee, number 608.613. Results: The prevalence of 14.4% of bipolar disorder, 7.4% TB I and 7.0% TB II was identified. The following were prevalent comorbidities associated with TB: generalized anxiety disorder (OR: 5.10; CI: 3.25-8.01), social phobia (OR: 5.56; CI: 2.78-11.13), panic disorder (OR: 9.99; CI: 4.80-20.80), agoraphobia (OR: 2.49; CI: 1.68-3.69), obsessive compulsive disorder (OR: 7.13; CI : 3.57-14.26), posttraumatic stress disorder (OR: 2.00; CI: 0.99-4.06), alcohol abuse (OR: 9.49; CI: 3.32- 27.13), alcohol dependence (OR: 5.21; CI: 2.81-9.66) and substance dependence (OR: 3.68; CI: 1.31-10.31), with a mean of 2.8 comorbidities per person with TB (SD \pm 1.55; CI: 1.92-2.32). Conclusion: there was a high prevalence of bipolar I and II in this population, when compared to the rates presented in the literature; strong association between TB and psychiatric comorbidities, with emphasis on anxiety disorders, alcohol abuse and dependence.

KEYWORDS: Bipolar Disorder; Epidemiology; Mental Disorders; Comorbidity.

1 | INTRODUÇÃO

O TB afeta cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo, configurando-se como um importante problema de saúde global que leva a índices significantes de morbidade e mortalidade. Seus sintomas consistem em episódios maníacos e depressivos separados por períodos de eutimia. Salienta-se, que indivíduos que têm ataques de mania, mas não experimentam episódios depressivos também são classificados como tendo transtorno bipolar (TAYLOR et al., 2011; WHO, 2016).

O transtorno bipolar, atualmente, é dividido em transtorno bipolar tipo I, bipolar tipo II, transtorno ciclotímico e transtornos bipolares sem outra especificação e relacionados. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 estabelece que para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I, é necessário a presença de pelo menos um episódio maníaco, antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivo maior. Para o transtorno bipolar tipo II, atualmente, é necessário atender aos critérios de pelo menos um episódio hipomaníaco de, no mínimo, quatro dias, podendo ocorrer um ou mais episódios depressivos maiores com duração de pelo menos duas semanas e nenhum episódio maníaco (APA, 2014).

Estima-se que o transtorno bipolar atinge 4,2 milhões de brasileiros. O TB tipos I e II abrange 1% e 2% da população, respectivamente (ABP, 2012). Este estudo visa contribuir com a literatura por meio do fornecimento de dados epidemiológicos sobre o perfil do TB tipos I e II, e da sua relação com outros transtornos mentais, no bairro mais populosos da capital de Alagoas, Brasil. Dados inexistentes até o início desta pesquisa. Tem como objetivos: determinar a prevalência do transtorno bipolar tipo I e tipo II; e analisar a associação entre transtorno bipolar tipos I e II e outros transtornos mentais.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, de corte transversal. Realizado no bairro mais populoso e de maior base territorial da capital de Alagoas, nordeste do Brasil (IBGE, s/d; POPULAÇÃO, s/d).

A amostra foi probabilística e aleatória por conglomerados, não estratificada composta por 894 participantes. Foram critérios de inclusão: ser domiciliado no bairro; ter idade superior de 15 anos. E de exclusão: Apresentar desorientação e/ou agressividade. A definição da amostra teve por base a estimativa da população do bairro no ano 2015, ano da coleta de dados, estimando-se 94.120 habitantes

(IBGE, 2015).

Para a realização do cálculo amostral, foi previsto inicialmente uma amostra de 542 pessoas para estimar uma prevalência mínima de 15% a 95% de confiança com erro relativo de 20% (máximo permitido) numa população de 94.120 pessoas. Dado que o tipo de amostragem impõe uma correção de 1.5, o tamanho da amostra passou a 813, houve ainda acréscimo de 10% admitindo-se perdas e recusas, assim definiu-se um n amostral mínimo de 894 pessoas (LUIZ; MAGNANINI, 2009). Esse total seria suficiente para testar um risco de 1.5 numa proporção de expostos de 20% a 95% de confiança e potência de 80%, considerando um erro amostral de 5%. O programa utilizado para definição da amostra foi o Epidata Software Versão 3.1,

Segundo o IBGE (2015) o bairro do estudo possui 93 setores censitários, que foram considerados para distribuição proporcional da amostra entre eles. A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2015, de forma sistematizada com sorteios de quadra ou rua, e em seguida a da esquina do domicílio inicial de investigação, com a delimitação exata no mapa censitário.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas face a face com o aplicativo digital *ODK Collect (Open Data Kit)*, disponível no sistema Android, em Tablets em que se inseriu o Formulário Epitransmental (online) - criado para compilar o formulário sociodemográfico e o *MINI International Neuropsychiatric Interview, Brazilian Version 5.0.0*. O tratamento estatístico foi realizado através de análise descritiva, testes de associações e medida de tendência central. Aplicou-se o Teste de Qui-quadrado de *Pearson*, *Exato de Fisher* e *T de Student*. Para o nível de significância estatística foi considerado o p valor $< 0,05$.

O estudo atendeu aos aspectos éticos dispostos na Resolução nº 466/2012. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com Parecer de nº 608.613.

3 | RESULTADOS

A amostra foi constituída em sua maioria por mulheres, representando (74,4%) desta população, com predominância de adultos jovens entre 22-29 anos (23,6%), com média de 40 anos de idade. Acerca da raça/cor da pele autorrelatada (59,4%) dos entrevistados declararam-se pardos, (17,4%) brancos e (16,8%) pretos.

Dos 894 entrevistados que constituem a amostra geral estudada, (14,4%) foram identificados com TB, os quais experimentaram episódios de mania e/ou hipomania em algum momento da vida. Destes (51,2%) enquadravam-se no Transtorno Bipolar I e (48,8%) no Transtorno Bipolar II, correspondendo a (7,4%) e (7,0%) da amostra geral, respectivamente. Identificou-se ainda, que (100%) dos entrevistados, com Transtorno Bipolar, experimentaram episódios de mania e/ou hipomania no passado e (34,1%) apresentaram episódio de mania e/ou hipomania

atual, representando (4,9%) da amostra geral (Tabela 1).

Conforme revela a Tabela 2 quem tem transtorno bipolar tem aproximadamente 2 vezes mais chances para depressão maior atual (OR: 1,75; IC: 1,17-2,62), bem como, quem tem bipolar tipo I que possui 2 vezes mais chance para o transtorno depressivo (OR: 2,39; IC: 1,42-4,00). Não foi observada diferença estatística entre TB I e II para se ter transtorno depressivo maior.

Variável	Transtorno Bipolar	
	Sim N (%)	Não N (%)
Transtorno Bipolar	129 (14,4)	765 (85,6)
Transtorno Bipolar I	66 (7,4)	828 (92,6)
Transtorno Bipolar II	63 (7,0)	831 (93,0)
Episódio Passado	129 (14,4)	765 (85,6)
Episódio Atual	44 (4,9)	850 (95,1)

Tabela 1 – Prevalência do Transtorno bipolar na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Variáveis	Depressão Maior Atual		χ^2	p valor	OR	IC
	Com 213 = (%)	Sem 681 = (%)				
Transtorno bipolar						
Possui	43 (33,3)	86 (66,7)	7,51 ^a	0,01*	1,75	1,17-2,62
Não possui	170 (22,2)	595 (77,8)				
Transtorno bipolar I						
Possui	27 (40,9)	39 (59,1)	11,46 ^a	0,00*	2,39	1,42-4,00
Não possui	186 (22,5)	642 (77,5)				
Transtorno bipolar II						
Possui	16 (25,4)	47 (74,6)	0,09 ^a	0,76	1,09	0,60-1,97
Não possui	197 (23,7)	634 (76,3)				
Transtorno bipolar						
Bipolar I	27 (40,9)	39 (59,1)	3,49 ^a	0,06	2,03	0,96-4,30
Bipolar II	16 (25,4)	47 (74,6)				

Tabela 2 - Episódios de depressão maior atual nas pessoas com transtorno bipolar no bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: aTeste de Pearson; *r< 0,05.

Constatou-se que todos com TB I apresentavam comorbidades. Os que têm TB I possuem uma chance a mais para comorbidades, comparado aos que não têm (OR: 1,17; IC: 1,13-1,22), com média de 3,24 comorbidades por pessoa (DP± 1,67; IC: 2,17-2,74).

Variáveis	Transtorno Bipolar I N (%)		χ^2	ρ valor	OR	IC
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Comorbidades						
Possui	66 (100,0)	380 (45,9)	71,58 ^a	0,00*	1,17	1,13-1,22
Não possui	0 (0,0)	448 (54,1)				
Nº de comorbidades						
Média	3,24	0,79	-	0,00*	-	2,17-2,74
DP±	1,67	1,07				

Tabela 3 – Associação entre transtorno bipolar I e comorbidades na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: aTeste de Pearson; * $r < 0,05$, Teste T de Student.

Ao tratar dos transtornos de ansiedade, observou-se na Tabela 4 a associação estatística entre TB I e transtorno de ansiedade generalizada, com cerca de dez vezes mais chances (OR: 9,73; IC: 5,68-16,69); dez vezes mais chances para fobia social (OR: 10,35; IC: 4,98-21,51); dezesseis vezes mais chances para transtorno do pânico atual (OR: 16,24; IC: 7,67-34,36) e cerca de três vezes mais chances para ataques pobres e agorafobia (OR: 2,86; IC: 1,14-7,17) e (OR: 2,89; IC: 1,74-4,83), respectivamente.

Variáveis	Transtorno Bipolar I N (%)		χ^2	ρ valor	OR	IC
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Transtorno de Ansiedade Generalizada						
Sim	32 (48,5)	73 (8,8)	92,79 ^a	0,00*	9,73	5,68-16,69
Não	34 (51,5)	755 (91,2)				
Fobia Social						
Sim	14 (21,2)	21 (2,5)	56,68 ^a	0,00*	10,35	4,98-21,51
Não	52 (78,8)	807 (97,5)				
Transtorno do Pânico Atual						
Sim	16 (24,2)	16 (1,9)	88,16 ^a	0,00*	16,24	7,67-34,36
Não	50 (75,8)	812 (98,1)				
Ataques pobres						
Sim	6 (9,1)	28 (3,4)	5,45 ^a	0,02*	2,86	1,14-7,17
Não	60 (90,9)	800 (96,6)				
Agorafobia						
Sim	30 (45,5)	185 (22,3)	17,88 ^a	0,00*	2,89	1,74-4,83
Não	36 (54,4)	643 (77,7)				

Tabela 4 – Associação entre transtorno bipolar I e transtornos de ansiedade na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. N = 894.

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

^aTeste de Pearson; * $r < 0,05$.

De acordo com os dados da Tabela 5, quem tem transtorno bipolar tipo I possui cerca de oito vezes mais chances para transtorno obsessivo compulsivo (OR: 7,78; IC: 3,68-16,47). Não foi evidenciada associação entre TB I e TEPT.

Variáveis	Transtorno Bipolar I N (%)		χ^2	p valor	OR	IC
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC						
Sim	12 (18,2)	23 (2,8)	38,56 ^a	0,00*	7,78	3,68-16,47
Não	54 (81,8)	805 (97,2)				
Transtorno do Estresse Pós-Traumático - TEPT						
Sim	6 (9,1)	39 (4,7)	2,45 ^a	0,12	2,02	0,82-4,97
Não	60 (90,9)	789 (95,3)				

Tabela 5 – Associação entre transtorno bipolar I e transtorno obsessivo compulsivo e transtorno relacionados a trauma e a estressores na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: aTeste de Pearson; *r< 0,05.

A Tabela 6 demonstra associação entre transtorno bipolar I, abuso e dependência de álcool e dependência de substância, com cerca de cinco vezes mais chances para abuso de álcool, cerca de quatro vezes para dependência de álcool e dependência de substância, para quem possui TB I, comparado a que não possui, com (OR: 4,79; IC: 1,48-15,48), (OR: 3,93; IC: 1,85-8,32) e (OR: 4,39; IC: 1,37-14,0) respectivamente.

Variáveis	Transtorno Bipolar I N (%)		χ^2	ρ valor	OR	IC
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Transtorno Antissocial						
Sim						
Não	0 (0,0)	15 (1,8)	1,22 ^a	0,27	1,08	1,06-1,10
	66 (100,0)	813 (98,2)				
Abuso de Álcool						
Sim	4 (6,1)	11 (1,3)	8,29 ^a	0,00*	4,79	1,48-15,48
Não	62 (92,9)	817 (98,7)				
Dependência de Álcool						
Sim	10 (15,2)	36 (4,3)	14,62 ^a	0,00*	3,93	1,85-8,32
Não	56 (84,8)	792 (95,7)				
Abuso de Substância						
Sim	0 (0,0)	4 (0,5)	0,32 ^a	0,57	1,08	1,06-1,10
Não	66 (100,0)	824 (99,5)				
Dependência de Substância						
Sim	4 (6,1)	12 (1,4)	7,39 ^a	0,01*	4,39	1,37-14,0
Não	62 (93,9)	816 (98,6)				

Tabela 6 – Associação entre transtorno bipolar I e transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; * $r < 0,05$.

Por sua vez, a Tabela 7 revelou que todas as pessoas com TB II também apresentavam comorbidade, com uma chance a mais para quem tem TB II, do que para quem não tem (OR: 1,16; IC: 1,12-1,21), com média de 2,30 comorbidades por pessoa (DP \pm 1,25; IC: 1,12-1,75).

Variáveis	Transtorno Bipolar II N (%)		χ^2	ρ valor	OR	IC
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Comorbidades						
Possui	63 (100,0)	383 (46,1)	68,08 ^a	0,00*	1,16	1,12-1,21
Não possui	0 (0,0)	448 (53,9)				
Nº de comorbidades						
Média	2,30	0,87	-	0,00*	-	1,12-1,75
DP \pm	1,25	1,24				

Tabela 7 – Associação entre transtorno bipolar II e comorbidades na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; * $r < 0,05$, Teste T de Student.

Acerca dos transtornos de ansiedade, observou-se associação significativa

para agorafobia, com cerca de duas vezes mais chances para agorafobia, para quem tem TB II (OR: 1,77; IC: 1,03-3,05).

Variáveis	Transtorno Bipolar II N (%)		χ^2	p valor	OR	IC
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Transtorno de Ansiedade Generalizada	9 (14,3)	96 (11,6)	0,42 ^a	0,52	1,28	0,61-2,67
Sim	54 (85,7)	735 (88,4)				
Não						
Fobia Social	2 (3,2)	33 (4,0)	0,10 ^a	0,75	0,79	0,19-3,38
Sim	61 (96,8)	798 (96,0)				
Não						
Transtorno do Pânico Atual	3 (4,8)	29 (3,5)	0,27 ^a	0,60	1,38	0,41-4,67
Sim	60 (95,2)	802 (96,5)				
Não						
Ataques pobres de Pânico	1 (1,6)	33 (4,0)	0,91 ^a	0,34	0,39	0,05-2,90
Sim	62 (98,4)	798 (96,0)				
Não						
Agorafobia	22 (34,9)	193 (23,2)	4,38 ^a	0,04*	1,77	1,03-3,05
Sim	41 (65,1)	628 (76,8)				
Não						

Tabela 8 - Associação entre transtorno bipolar II e transtornos de ansiedade na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *r < 0,05.

De acordo com a Tabela 9, quem tem TB II possui cerca de três vezes mais chances para o transtorno obsessivo compulsivo (OR: 2,91; IC: 1,16-7,30).

Variáveis	Transtorno Bipolar II N (%)		χ^2	p valor	OR	IC
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC	6 (9,5)	29 (3,5)	5,67 ^a	0,02*	2,91	1,16-7,30
Sim	57 (90,5)	802 (96,5)				
Não						
Transtorno do Estresse Pós-Traumático - TEPT	5 (7,9)	40 (4,8)	1,19 ^a	0,27	1,70	0,65-4,48
Sim	58 (92,1)	791 (95,2)				
Não						

Tabela 9 – Associação entre transtorno bipolar II e transtorno obsessivo compulsivo e transtorno relacionados a trauma e a estressores na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *r < 0,05.

Ratificou-se associação estatística entre transtorno bipolar II e abuso e dependência de álcool. Neste sentido, quem tem TB II possui sete vezes mais chances para o abuso de álcool (OR: 7,08; IC: 2,34-21,39), e quatro vezes mais chances para dependência de álcool, comparado as pessoas que não possuem TB II (OR: 4,17; IC: 1,96-8,85) (Tabela 10).

Variáveis	Transtorno Bipolar II N (%)		χ^2	p valor	OR	IC
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Transtorno Antissocial						
Sim						
Não	0 (0,0)	15 (1,8)	1,16 ^a	0,28	1,08	1,06-1,10
	63 (100,0)	816 (98,2)				
Abuso de Álcool						
Sim	5 (7,9)	10 (1,2)	16,09 ^a	0,00*	7,08	2,34-21,39
Não	58 (92,1)	821 (98,8)				
Dependência de Álcool						
Sim	10 (15,9)	36 (4,3)	15,99 ^a	0,00*	4,17	1,96-8,85
Não	53 (84,1)	795 (95,7)				
Abuso de Substância						
Sim	1 (1,6)	3 (0,4)	1,977 ^a	0,16	4,45	0,46-43,42
Não	62 (98,4)	828 (99,6)				
Dependência de Substância						
Sim	2 (3,2)	14 (1,7)	0,74 ^a	0,39	1,91	0,42-8,61
Não	61 (96,8)	817 (98,3)				

Tabela 10 – Associação entre transtorno bipolar II e transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas. Nota: ^aTeste de Pearson; *r < 0,05.

4 | DISCUSSÃO

Os resultados revelaram alta prevalência de transtorno bipolar tipos I e II na população investigada, bem como corroboraram a forte associação entre transtorno bipolar e outras comorbidades psiquiátricas. No presente estudo, identificou-se uma prevalência de 14,4% de transtorno bipolar (7,4% de transtorno bipolar I e 7,0% de bipolar II), o que supera as taxas apresentadas na literatura, que ao tratar do espectro bipolar, gira em torno de 5% a 8,3% (LIMA et al., 2005; LOPES, 2012; HIRSCHFELD; VORNIK, 2005; MORENO; ANDRADE, 2005; SOUZA, 2005).

Contudo, foi observado em um único estudo, uma prevalência superior a encontrada na pesquisa ora apresentada, com uma taxa de 15,1% de espectro bipolar, todavia, é pertinente sublinhar que o supracitado estudo abarcou o diagnóstico de episódio maníaco 2,2%, episódio de hipomania 2,2% e episódio hipomaníaco leve 10,7%, no qual o último foi diagnosticado por meio da redução do

critério temporal para 2-3 dias, diferente dos 4 dias descritos no DSM IV (LEE; NG; TSANG, 2009 apud DELL'AGLIO JR et al, 2013). As taxas de 7,5% de transtorno bipolar I e de 5,3% de bipolar II encontradas por Jansen et al. (2011) em Pelotas, aproximam-se das encontradas no atual estudo, de 7,4% de TB I e 7,0% de TB II.

Sabe-se que as comorbidades são um dos principais motivos de aumento da carga e custos associados ao transtorno bipolar (COSTA, 2008). Ciente desta magnitude, e a fim de contemplar um dos objetivos propostos, analisou-se a relação entre transtorno bipolar e outros transtornos mentais, o que possibilitou identificar que todas as pessoas com TB possuíam comorbidades, com diferença estatística significativa.

Na presente amostra, as pessoas com TB tiveram uma vez mais chance para comorbidades (OR: 1,41; IC: 1,33-1,49), com média de 2,78 comorbidades por pessoa (DP \pm 1,55; IC: 1,92-2,32). Semelhante aos tipos I e II, com uma chance a mais para quem tem o transtorno, comparado a população em geral (OR: 1,17; IC: 1,13-1,22) e (OR: 1,16; IC: 1,12-1,21), respectivamente. Obteve-se a média de 3,24 comorbidades por pessoa com TB I (DP \pm 1,67; IC: 2,17-2,74) e 2,30 comorbidades por pessoa com TB II (DP \pm 1,25; IC: 1,12-1,75). Com base no estudo de Jansen et al. (2011) 94% dos indivíduos com bipolar I e 76,8% com bipolar II apresentaram pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, com predomínio do transtorno de ansiedade.

Em uma perspectiva ampla, as pessoas com TB I, apresentaram dez vezes mais chances para o transtorno de ansiedade generalizada (OR: 9,73; IC: 5,68-16,69), dez vezes mais chances para fobia social (OR: 10,35; IC: 4,98-21,51), dezesseis vezes mais chances para transtorno do pânico atual (OR: 16,24; IC: 7,67-34,36), três vezes mais chances para ataques pobres e agorafobia (OR: 2,86; IC: 1,14-7,17) e (OR: 2,89; IC: 1,74-4,83), respectivamente, oito vezes mais chances para transtorno obsessivo compulsivo (OR: 7,78; IC: 3,68-16,47), cerca de cinco vezes mais chances para abuso de álcool (OR: 4,79; IC: 1,48-15,48) e aproximadamente quatro vezes mais chances para dependência de álcool e dependência de substância (OR: 3,93; IC: 1,85-8,32) e (OR: 4,39; IC: 1,37-14,0) respectivamente.

No que diz respeito ao TB II, os entrevistados apresentaram duas vezes mais chances para agorafobia (OR: 1,77; IC: 1,03-3,05), três vezes mais chances para o transtorno obsessivo compulsivo (OR: 2,91; IC: 1,16-7,29), sete vezes mais chances para o abuso de álcool (OR: 7,08; IC: 2,34-21,3) e quatro vezes mais chances para dependência de álcool, comparado as pessoas que não possuem TB II (OR: 4,17; IC: 1,96-8,85).

Sob este enfoque, ao analisar o TB I e II em relação aos demais transtornos mentais, notou-se que quem tem TB I possui cerca de seis vezes mais chances para transtorno de ansiedade generalizada (OR: 5,65; IC: 2,40-13,28), oito vezes mais chances para fobia social (OR: 8,21; IC: 1,78-37,81) e seis vezes mais chances

para transtorno do pânico (OR: 6,40; IC: 1,76-23,23) comparado a quem tem TB II. No estudo realizado por Subramaniam, Abdin e Vaingankar (2012) metade dos entrevistados com transtorno bipolar, apresentaram outras comorbidades, a citar: transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, alcoolismo e dependência de álcool, congruentes com a presente pesquisa.

Conforme enraizada na literatura científica, a elevação patológica do humor experimentada no transtorno bipolar, comumente cursa com o consumo elevado de álcool e cigarro (NARDI, 2010; PEREIRA et al., 2010; APA, 2014). Sublinhada característica converge com os resultados encontrados neste estudo, à medida que demonstrou associação estatística entre o transtorno bipolar e o abuso e dependência por álcool e substâncias, contudo com intervalo de confiança que revela pouca precisão. Acredita-se que o TB é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos por uso de substância, o que desperta a necessidade de cuidadosa investigação de história de bipolaridade entre aqueles com transtornos por uso de substâncias (MERIKANGAS et al., 2011).

5 | CONCLUSÃO

Constatou-se neste estudo a prevalência de 14,4% de transtorno bipolar, 7,4% TB I e 7,0% TB II, superiores à média das taxas difundidas na literatura. O que suscita questionamentos acerca da possibilidade de falsos positivos para episódios maníacos e hipomaníacos na amostra, tendo em mente, que as vivências e sintomas auto relatados pelas pessoas com transtorno bipolar podem ser exacerbados, mediante às implicações das oscilações de humor, ou minimizados, devido à dificuldade de auto percepção e aceitação do transtorno bipolar em sua vida.

Quanto ao estudo de associação entre o transtorno bipolar e comorbidades psiquiátricas, ratificou-se a correlação com as comorbidades: transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático, abuso de álcool, dependência de álcool e de substância. Com predominância dos transtornos ansiosos e relacionados a substâncias. Para além da associação com o transtorno bipolar, notou-se que a amostra geral do estudo possui altas taxas de transtornos mentais. É imprescindível grifar que todas as pessoas com transtorno bipolar na amostra apresentavam pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, não sendo possível avaliar o impacto do TB isoladamente.

Em síntese, esta pesquisa fornece informações inéditas sobre a prevalência e os fatores associados ao transtorno bipolar tipos I e II no bairro mais populoso da capital de Alagoas. Tais informações contribuem para o reconhecimento da condição de saúde mental desta população, sobretudo, fornecem subsídios para o

planejamento da rede e ações em saúde. Reitera-se a necessidade de realizar mais estudos de base populacional nos demais bairros da cidade, e no âmbito urbano e rural do estado de Alagoas, de modo a mapear e/ou mensurar as condições de saúde mental da população.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Transtorno mental que mais causa suicídios, bipolaridade lesa o cérebro**. Associação Brasileira de Psiquiatria, 04 dezembro 2012. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/transtorno-mental-que-mais-causas-suicídios-bipolaridade-lesa-o-cerebro/>. Acesso em: 26 dez. 2016.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
- COSTA, A. M. N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. Psiq. Clín.** v. 35, n. 3, p. 104-110, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n3/03.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017
- HIRSCHFELD, R. M.; VORNIK, L. A. Bipolar disorder: costs and comorbidity. **AM J Manag Care**. v. 11, n. 3, p. 85-90, 2005. Disponível em: <http://www.ajmc.com/journals/supplement/2005/2005-06-vol11-n3suppl/jun05-2074ps85s90/P-1>. Acesso em: 02 agos. 2016.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Maceió**. s/d. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2704302>. Acesso em: 23 nov. 2016
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Agregados por setores censitários dos resultados de universo**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/defaulttab_agregado.shtml. Acesso em: 16 agos. 2015.
- JANSEN, K.; ORES, L. C.; CARDOSO, T.; LIMA, R. C.; SOUZA, L. D.; MAGALHÃES, P. V. et al. Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. **J Affect Disord**. v. 130, p. 328-33, 2011. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503271000621X>. Acesso em: 02 set. 2016.
- LEE, S.; NG, K. L.; TSANG, A. A community survey of the twelve month prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in Hong Kong. **J Affect Disord**. v. 117, p. 79-86, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19141361>. Acesso em: 03 set. 2016.
- LIMA, M. S.; TASSI, J.; NOVO, I. P.; MARI, J. J. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín. [online]**, v. 32, p. 15-20, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000700003>. Acesso em: 17 agos. 2016.
- LOPES, F. L. **Transtorno Bipolar do Humor na atualidade: resultados preliminares de um centro especializado em transtornos afetivos**. Monografia (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.
- LUIZ R. R., MAGNANINI M. M. F. O tamanho da Amostra em Investigações Epidemiológicas In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- MERIKANGAS, K. R.; JIN, R.; ELE, J.; KESSLER, R. C.; LEE, C.; SAMPSON, N. A. et al. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. **Arch Gen Psychiatry**. v. 68, n. 2, p. 241-251, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3486639/>. Acesso em: 15 de out. 2016.

- MORENO, D. H.; ANDRADE, L. H. The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the Sao Paulo ECA study. **J. Affect Disord.** v. 87, p. 231-241, 2005. Disponível em: http://www.academia.edu/12944289/The_lifetime_prevalence_health_services_utilization_and_risk_of_suicide_of_bipolar_spectrum_subjects_including_subthreshold_categories_in_the_S%C3%A3o_Paulo_ECA_study. Acesso em: 16 dez. 2016.
- NARDI, A. E. Transtorno bipolar: diagnóstico e tratamento. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010. 355 p.
- PEREIRA, L. L.; DIAS, A. C. G.; CAERAN, J.; COLLARES, L. A.; PENTEADO, R. V. Transtorno Bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento. **Perspectiva**, v. 34, n. 128, p. 151-166, 2010. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128_144.pdf. Acesso em: 17 agos. 2016.
- POPULAÇÃO. **População Benedito Bentes** – Maceió. s/d. Disponível em: http://populacao.net.br/populacao-benedito-bentes_maceio_al.html. Acesso em: 25 nov. 2016.
- SOUZA, F. G. M. Tratamento do transtorno bipolar: Eutimia. **Rev Psiquiatr Clin.** v. 32, n. 1, p. 63-70, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24414.pdf>. Acesso em: 18 agos. 2016.
- SUBRAMANIAM, M.; ABDIN, E.; VAINGANKAR, J. A. Prevalence, correlates, comorbidity and severity of bipolar disorder: Results from the Singapore Mental Health Study. **Journal of Affective Disorders.** Singapore, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.002>.
- TAYLOR, M.; BRESSAN, R. A.; PAN, P. M.; BRIETZKE, E. Early intervention for bipolar disorder: current imperatives, future directions. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 33, n. 2, p. 197-212, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S151644462011000600006>. Acesso em: 06 set. 2016.
- WHO. World Health Organization. **Mental disorders.** 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>. Acesso em: 29 jul. 2016.

ATENÇÃO DOMICILIAR: CUSTO FAMILIAR COM O IDOSO DEPENDENTE PELA DOENÇA DE ALZHEIMER

Data de aceite: 27/11/2019

Anadelle de Souza Teixeira Lima

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora – Minas Gerais

Edna Aparecida Barbosa de Castro

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora – Minas Gerais

Fernanda Vieira Nicolato

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora – Minas Gerais

RESUMO: O objeto desta investigação foi o custo familiar de idoso dependente pela doença de Alzheimer na Atenção Domiciliar. A Doença de Alzheimer é considerada a demência de maior impacto na população idosa, já que acarreta dependência total em fases mais avançadas e exige cuidados cada vez mais complexos, por parte da família. Objetiva-se, portanto, desenvolver uma análise teórica substantiva sobre o custo familiar com idoso dependente pela doença de Alzheimer. Realizou-se uma investigação qualitativa com a abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados. A pesquisa foi operacionalizada em etapas. A primeira, de natureza exploratória, onde identificou e caracterizou as pessoas idosas com DA e os

seus familiares cuidadores atendidos por um Serviço de Atenção Domiciliar. E a segunda buscou-se a compreensão dos custos familiares da pessoa idosa dependente da DA mediante a análise dos dados, por meio da codificação aberta, axial e seletiva. Emergiram dos dados seis categorias, sendo a categoria central: Compreendendo os custos domiciliares com a DA: implicações para a família. Conclui-se que as principais repercussões relacionadas aos custos familiares diretos, indiretos e intangíveis, com o cuidado do idoso dependente pela DA no domicílio, estão relacionadas à gravidade desta patologia e não ao acompanhamento pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que se mostrou como facilitador no processo de cuidar em domicílio. Como também, o SAD, no contexto do envelhecimento populacional, surge como alternativa assistencial para cuidado prolongado de forma integral promovendo uma assistência mais qualificada a usuários com dependência funcional, tais como os idosos com Alzheimer.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Assistência Domiciliar. Custos de Cuidados de Saúde. Enfermagem.

HOME CARE: FAMILY COST WITH THE

ABSTRACT: The object of this investigation was the family cost of elderly dependent for Alzheimer's disease in Home Care. Alzheimer's disease is considered the most impacting dementia in the elderly population, as it entails total dependence at later stages and requires increasingly complex family care. Therefore, the objective is to develop a substantive theoretical analysis on the family cost of elderly people dependent on Alzheimer's disease. A qualitative investigation was conducted with the approach of Grounded Theory. The research was operationalized in stages. The first, of an exploratory nature, identified and characterized the elderly people with AD and their family caregivers attended by a Home Care Service. And the second sought to understand the family costs of the elderly dependent on AD by analyzing the data through open, axial and selective coding. Six categories emerged from the data, the main category being: Understanding household costs with AD: implications for the family. It is concluded that the main repercussions related to direct, indirect and intangible family costs, with the care of the elderly dependent on AD at home, are related to the severity of this pathology and not to the follow-up by the Home Care Service (SAD), which proved to be facilitator in the home care process. As well as, SAD, in the context of population aging, emerges as a care alternative for comprehensive long-term care promoting more qualified assistance to users with functional dependence, such as the elderly with Alzheimer's.

KEYWORDS: Home Care Services. Costs of Health Care. Nursing

1 | INTRODUÇÃO

O notado aumento das doenças neurodegenerativas com o avançar da idade relaciona-se à longevidade humana identificada mundialmente, expondo a tendência de elevação do número de indivíduos acometidos por síndromes demenciais. A Doença de Alzheimer está entre as doenças neurodegenerativas da atualidade (SAAD, 2016, GOYANNA et al., 2017, EUA. Alzheimer's Association, 2018).

A Associação Americana de Alzheimer publicou que 5,7 milhões de americanos conviviam com a DA em 2018, projetando-se a um crescimento de 13,8 milhões até 2050. No mesmo ano, a Associação Brasileira de Alzheimer estimou que, aproximadamente 1,2 milhões de brasileiros conviviam com esta doença (ABRAZ, 2018, EUA. Alzheimer's Association, 2018).

A DA é uma das principais doenças neurodegenerativas da atualidade e a causa mais comum de demência, uma síndrome multifatorial. De evolução progressiva e irreversível, a DA acarreta dependência total em fases mais avançadas da doença, com a exigência de cuidados contínuos e cada vez mais complexos. Despontase como um desafio aos sistemas de saúde, à sociedade e às famílias, seja pelo

elevado custo com o cuidado seja pelo significativo impacto na qualidade de vida, na carga social, especialmente dos cuidadores familiares (INÁCIO, 2017, EUA. Alzheimer's Association, 2018, VIEIRO; DOS SANTOS, 2019, ALBUQUERQUE et al., 2019).

A pessoa idosa com DA requer cuidados, normalmente realizados por um familiar, que assume o papel de cuidador visando prover sua subsistência, auxiliar, supervisionar e realizar as atividades da vida diária. A rotina intensa que se estabelece, pode acarretar angústia, tensão, insônia, ansiedade e até depressão naqueles que estão envolvidos com os cuidados. Estas situações, por si só constituem-se em fatores de risco para a perda de qualidade de vida dos cuidadores justificando as intervenções de suporte dispensadas pelos profissionais de saúde, buscando difundir conhecimentos e apoiar o desenvolvimento das habilidades essenciais ao cuidado (BRIGOLA et al., 2017, QUEIROZ et al., 2018, MARTINS et al., 2019).

A Atenção Domiciliar se destaca como importante estratégia de atenção à saúde de pessoas idosas com demandas complexas de cuidados pelo estágio mais avançado desta demência aliado a complicações de comorbidades crônicas. Tem se mostrado como uma alternativa para reduzir os custos e para consentir a elaboração de planos de cuidado de forma compartilhada com as famílias, fundamentadas nas políticas públicas vigentes (BRASIL, 2016, NERY et al., 2018).

Entretanto, para o fortalecimento destas políticas e o desenvolvimento de planos de cuidados efetivos, mostra-se relevante o estudo dos custos com o cuidado domiciliar, especialmente o custo familiar do cuidado com a pessoa idosa dependente com a DA, evidenciando-se o potencial de elegibilidade à Atenção Domiciliar, pela capacidade de resolubilidade das necessidades de saúde desta população (NERY et al., 2018, COUTO; CALDAS; CASTRO, 2019).

Cabe ressaltar que os custos referentes ao cuidado domiciliar são classificados por diferentes autores como: custos diretos, que estão inteiramente relacionados aos recursos provenientes da intervenção assistencial; custos indiretos, que analisam a redução/falta de laboriosidade do usuário e/ ou familiar, devido ao tempo cedido para a realização do cuidado. Eles representam dias de trabalho perdidos, devido à incapacidade de realizar as atividades profissionais (DALCIO; MARI; FERRAZ, 2007; TONON; TOMO; SECOLI, 2008; PEREIRA; BARATA, 2014).

Já os custos intangíveis mencionam o custo do sofrimento físico e/ou psíquico, custo atribuído à doença ou à intervenção de cuidados à saúde. Este custo caracteriza-se pela dor, sofrimento e tristeza. Ressalta-se, com isso, a relevância de se estudar os custos para a família, especialmente quando a dependência da pessoa idosa que demanda o cuidado domiciliar resultar de síndromes demenciais (TONON; TOMO; SECOLI, 2008; PEREIRA; BARATA, 2014, CARVALHO; NERY et al., 2018, COUTO; CALDAS; CASTRO, 2019).

Desta forma o objetivo geral foi desenvolver uma análise teórica substantiva sobre o custo familiar com idoso dependente com doença de Alzheimer.

2 | METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa realizada com o aporte da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) cujo processo metodológico transcorre em cinco etapas: a coleta de dados empíricos; a codificação aberta; a codificação axial; a codificação seletiva e a construção do relatório de pesquisa de forma simultânea e circular (STRAUSS; CORBIN, 2008). A proposta deste método centra-se na ação-interação humana, tornando-o um referencial metodológico relevante para a área da enfermagem e saúde (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, sendo a primeira, de natureza exploratória, identificou e caracterizou as pessoas idosas com DA e os seus familiares cuidadores atendidos por um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) público de um município do interior de Minas Gerais.

O grupo amostral compôs-se de 16 cuidadoras familiares, ou seja, todas as participantes eram mulheres, sendo sete filhas, uma esposa e duas irmãs. A metade delas apresentava idade entre 50 a 60 anos, ou seja, com o processo de envelhecimento aproximando-se da condição de pessoas idosas e a escolaridade da maioria não ultrapassa oito anos de estudo. Quanto à atividade laborativa, 11 das participantes não a exercem, relatando a impossibilidade relacionada à condição de assumirem o papel de cuidadora familiar, impossibilitando-as de ter uma atividade remunerada.

A segunda ocorreu no domicílio dos participantes, onde, em consonância com o referencial de STRAUSS; CORBIN (2008) realizou-se entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado; gravadas utilizando-se aparelho *smartphone* em modo *off-line*. Cada entrevista era transcrita na íntegra e pré-analisada antes da realização da entrevista seguinte, e todas eram previamente agendadas por telefonema para ocorrerem em horários mais adequados à realidade do cuidador familiar. Os dados iam sendo sistematicamente codificados, com o auxílio do editor textual para dados qualitativos OpenLogos (versão 2.0) (CAMARGO JÚNIOR, 2011).

A análise dos dados seguiu os três tipos de codificação propostos, sendo codificação aberta as entrevistas foram examinadas minuciosamente para extrair os códigos, que foram agrupados, formando categorias; além disso, os conceitos foram identificados. Com o avanço da análise ocorreu a codificação axial, fase em que as categorias foram relacionadas às suas subcategorias. Na última fase aconteceu a codificação seletiva, onde buscou-se identificar a categoria central, validando sua

relação com as demais categorias e dessas entre si (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos previstos nas Resoluções brasileiras para o desenvolvimento de Pesquisa com Seres Humanos. Foi submetido à Plataforma Brasil e avaliada por um Comitê de Ética de uma universidade pública federal, obtendo aprovação pelo Parece de 1.538.040.

3 | RESULTADOS

Pelo processo de análise das entrevistas e de observação direta no domicílio, para compreensão do custo familiar com idoso dependente devido à DA na Atenção Domiciliar, obteve-se 120 códigos distribuídos em seis categorias, com suas respectivas subcategorias conforme o modelo paradigmático proposto.

Desta forma, a primeira categoria “A Doença de Alzheimer: o impacto do cuidado domiciliar na família” foi constituída a partir de condições causais dos custos domiciliares com a DA (fenômeno pesquisado), ressaltando-se as repercussões da perda de memória decorrente da DA para a cuidadora, o desconhecimento sobre a doença e cuidado e o cotidiano do cuidado domiciliar, que demonstrou-se como uma das principais causas de elevação dos custos.

Essa categoria possibilitou analisar as implicações da perda de memória no contínuo do cuidado, a vivência individual e familiar da responsável pelo cuidado domiciliar à pessoa idosa dependente devido à DA e o conhecimento relativo à doença como direcionadora do cuidado.

Essa doença aí fez ela ficar com a cabeça ruim, esqueceu de tudo, ficou louquinha [Choro]. Agora não sei por causa de que ela parou de falar e andar. Nunca explicaram pra mim. Só sei que cada vez tava pior, pior de tudo. E até onde vai chegar? Você pode me explicar então o que é esse tal de Alzheimer? [Veja].

Mas eu acho que vai chegar o momento em que ele vai se esquecer de mim, não vai lembrar que eu sou a esposa dele. Eu tenho medo, de vez em quando, ele pergunta: Cadê a Sirius? E eu estou perto dele. E eu sei que essa fase vai chegar [Sirius].

O contexto em que o cuidado se faz, apresentado pela segunda categoria “Entendendo o cuidado domiciliar como melhor opção, mas vivenciando as consequências”, mostrou que o cuidado domiciliar é humanizado e com menores riscos para a saúde da pessoa idosa em relação ao cuidado hospitalar. Além disso, possibilitou compreender a mudança na relação familiar e social e, conseqüentemente, suas implicações na vida conjugal, no convívio familiar e social das cuidadoras.

Pesadelo a mãe no hospital. Tem muita infecção. Aqui, pra mim, é melhor. Olha como ela está bem! [Adhara].

[...]Eu não largo a minha mãe aqui e vou lá. Ele (marido) quer conversar, quer contar os problemas lá do serviço dele. Tem hora que dá para eu ir e tem hora que não dá para eu ir. Às vezes, eu estou sozinha aqui. Às vezes, dá refluxo nela e eu tenho que estar sempre aqui. Então, eu tenho que estar sempre atenta. Então, eu quase não dou atenção para ele, coitado [Shaula].

No que se referiu às condições intervenientes, conforme apresentado na terceira categoria “Estando cadastrado no SAD: atenuando as implicações do cuidado no domicílio”, foi possível analisar a relevância da inserção dos usuários no SAD e como o SAD apoia as famílias para o desempenho do cuidado domiciliar. Com isso, compreendeu-se que os usuários se inserem neste cenário e percebem segurança, apoio e tranquilidade em relação aos cuidados diários necessários.

A ajuda do SAD contribui para ela ter um conforto melhor e para que eu não tenha que ficar saindo correndo com ela para hospital. Depois que o SAD entrou na minha vida, eles trouxeram um bom benefício para ela e para mim também [Veja].

Foi tudo rápido. A moça do hospital, um negócio social de lá, que me falou que ela podia ser cuidada em casa. Entrei com os papéis e, logo que ela recebeu alta do hospital, já veio o pessoal atender ela em casa, assim de um dia pro outro, maravilha, né! [Sargas].

Semana passada, estava com muito catarro, engasgando [...] foi chamada a moça do exercício para o pulmão [fisioterapeuta], uma beleza! Ela me ensinou a tirar o catarro, aliviou muito para minha mãe dormir [Shaula].

A estratégia de ação/ interação, conforme estabelecido no modelo paradigmático, mostrou as estratégias que as cuidadoras utilizaram para enfrentar os desafios do cuidado domiciliar como pôde-se analisar na quarta categoria como “Gerenciando o cuidado Domiciliar: utilizando de sentimentos para amenizar a sobrecarga”. Para tanto, mostraram-se responsáveis pelas ABVD e AIVD da pessoa idosa dependente com a DA e com isso, vivenciavam múltiplos sentimentos ao assumir o cuidado diário.

Foi possível analisar que o gerenciamento do cuidado domiciliar, gera implicações no núcleo familiar e na cuidadora tida como principal, como também, suas repercussões nos sentimentos vivenciados como estratégia para amenizar a sobrecarga.

[...]Eu acho que mãe a gente não tem o que reclamar, o que a gente faz é pouco. É obrigação da gente [Participante chorou neste momento]. E eu faço com o maior prazer. Eu não me arrependo de ter pedido conta. Eu não me arrependo de nada. Eu cuido dela e vou cuidar até Deus tirar, entendeu? [Shaula].

Foi possível compreender as consequências que o cuidado domiciliar gerava para as famílias e como o SAD influenciou nos custos do processo de cuidar. Conforme apresentado na quinta categoria “As repercussões do SAD: reflexões para os custos familiares” mostrou a interferência nos custos domiciliares diretos e intangíveis. O que possibilitou compreender quais foram às repercussões,

relacionadas aos custos familiares, após a admissão da pessoa idosa dependente à DA no SAD.

Ela precisou fazer uma tomografia, vieram aqui de ambulância, colocaram ela na ambulância e fomos pro exame. Cheguei lá, passamos na frente de todo mundo, fiquei até sem graça [risos]. Ficaram lá durante o exame [equipe SAD] e depois trouxe a gente de volta. Olha pra você vê [Satisfação!] [Mimosa].

Reduziu um pouco, né [custo]? Porque a gente tinha que levar ela no hospital. Se, às vezes, não tivesse o meu irmão aí, tinha que pagar um táxi para levar no hospital, né? Então reduziu [Capella].

O tratamento da ferida foi rápido, a enfermeira trazia uns curativos diferentes, me ensinou a colocar. E depois ia mudando e a ferida melhorando. Trazia tudo, luva, gaze, soro. Tudo pro curativo, até o final [Polaris].

Diante disso, segundo o modelo paradigmático estabelecido, constitui-se o fenômeno central “Compreendendo os custos domiciliares com a doença de Alzheimer: implicações para a família” permitindo verificar a associação entre a progressão da DA com o custo direto, indireto e intangível para as cuidadoras.

Várias coisas aumentaram devido o Alzheimer, mudou a alimentação por causa do problema de deglutição [...]Tenho que lavar mais roupa porque molha a roupa na cama, antes gastava 1kg de sabão em pó, hoje gasto 2kg. Aumentou também o produto de limpeza, gasto muita água sanitária. Ela não controla mais o xixi, não controla nada, então gasto muito com fralda. Reformei todo quarto para melhorar ventilação e abri as portas [Capella].

O sentimento é de muito peso, físico também. Não faço mais nada, fico 24 horas por conta dela, não faço nada pra mim. Me sinto desanimada, depressiva, uma angústia no peito. Peço a Deus todos os dias para me dar força [Veja].

Eu fiquei esse tempo todo sem trabalhar, cuidando dele, até que a minha mãe que não morava com a gente, veio morar aqui. Eu fiquei até o ano passado sem trabalhar [Sirius].

A análise possibilitou-nos a compreensão de que os custos decorrentes da DA eram os que mais impactavam os custos familiares dos idosos em atenção domiciliar e estes aumentavam conforme a evolução da doença.

4 | DISCUSSÃO

Para elaborar o modelo teórico substantivo visando compreender os gastos da família com o idoso dependente devido à DA na Atenção Domiciliar, foi empregada a organização dos dados empíricos que resultaram nos códigos, subcategorias e categorias.

A convivência diária de um membro da família com uma pessoa idosa que apresenta a DA contribui para mudanças em seus processos familiares, sociais, psicológicos e econômicos. A concepção que envolve condição de ser um cuidador

familiar neste contexto é a de que a pessoa precisa mobilizar suas emoções, ofertar cuidados, o que, por vezes, exige-lhe abdicação de convivência social, familiar e do autocuidado.

Além disso, amplia-se a necessidade de disponibilizar tempo, constituindo-se em causa da renúncia de suas atividades laborais, estes estão relacionados como custos indiretos, tendo repercussões importantes no núcleo familiar, diminuindo, conseqüentemente a renda da família.

Gera-se, portanto, um pressuposto de que ser cuidadora de uma pessoa dependente no domicílio, em consequência da DA, significa alterar o próprio cotidiano pelas demandas do cuidado. E, quanto mais evoluída estiver a doença, maiores serão as modificações e adequações que lhes são impostas no contínuo de sua vida privada.

Outro, é que é inegável o surgimento de sentimentos como sofrimento, impotência, angústia e medo, além de a vida social e a afetiva passarem a ocupar um segundo plano, o que gera custos não mensuráveis para a vida dos familiares cuidadores, que se constituem nos custos intangíveis.

E, finalmente, um terceiro pressuposto é o de que, o suporte de um serviço público a pessoa idosa no domicílio aliviou os gastos com os cuidados. Assim, estar cadastrado e recebendo cuidados domiciliares por um SAD facilitou o acesso aos demais serviços da RAS e, por conseguinte, contribuiu para a diminuição dos custos diretos com a DA, destacando-se os custos familiares relacionados com o transporte, uma vez que se reduziram os gastos para as idas a consultas e hospitais. Houve também diminuição dos custos com medicações e insumos, pois, muitas vezes, estes eram disponibilizados pelo serviço.

Dialogando com os autores acerca do fenômeno central, observamos que a Organização Mundial de Saúde destaca “a necessidade de cuidados de longa duração a pessoas com demência, colocando sob pressão os orçamentos dos dois sistemas, sociais e de saúde”. A doença de Alzheimer torna-se uma prioridade de saúde pública, tendo em vista o grande número de pessoas afetadas direta ou indiretamente pela demência (OMS, 2017).

O Observatório Global de Demência da OMS, lançado em dezembro de 2017, é um compilado de informações sobre as atividades e recursos de países para a demência, com a criação de políticas e planos nacionais que propõe que se mantenha a qualidade de vida dos idosos e destaca como fundamental a viabilização do acesso universal à saúde, com o estabelecimento de cuidados necessários em curto, médio e longo prazo, além da prestação de serviços de cuidados para doentes e deficientes (OMS, 2017).

Segundo estimativas da Alzheimer’s Disease International, federação que representa mundialmente 85 entidades, a projeção é de que já foram gastos mais

de 818 bilhões de dólares para o tratamento de demências no mundo, em 2018. No Brasil, não há dados oficiais sobre quanto que é gasto para tratar o Alzheimer ou outras doenças cognitivas, porém a tendência é que os custos aumentem nos próximos anos (ILHA et al., 2016, INGLATERRA, 2018). Vale ressaltar que, os gastos com um idoso com DA são três vezes maiores do que com idosos que não têm a patologia” (INGLATERRA, 2017, p.37).

Verifica-se também que o familiar cuidador, que vivencia emoções, lhe são exigidas adaptações na vida diária devido às repercussões da DA na pessoa idosa. O cuidado prestado é muitas vezes realizado de modo solitário e anônimo e requer alteração na rotina diária do familiar cuidador, a fim de proporcionar suporte emocional e afetivo ao idoso com a doença (ILHA et al. 2016, POZZOLI; CECÍLIO, 2017, NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2019, MARTINS et al., 2019).

Outros estudos também evidenciam que o cuidar realizado pelo familiar repercute no aumento dos custos indiretos e intangíveis, uma vez que envolve renúncia do familiar cuidador no que se refere à sua vida particular, profissional e social. Isolamento do cuidador e alterações nas relações afetivas foram identificados. Destarte, salienta-se que o cuidar de um idoso com DA traz consequências econômicas, sociais e culturais para suas famílias, uma vez que a atenção e o cuidado passam a ser contínuos e de modo integral (CESARIO et al., 2017, NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2019, COUTO; CALDAS; CASTRO, 2019).

Moraes (2017) e Veras; Oliveira (2018) salientam que se faz importante que o poder público brasileiro fortaleça a rede de Atenção à Saúde da pessoa Idosa em todos os níveis de cuidado, a fim de se dar o tratamento adequado e especializado a essas pessoas e a suas famílias. Entretanto, verifica-se que as políticas públicas brasileiras ainda são incipientes quanto ao suporte dados aos idosos acometidos por demência e aos seus familiares cuidadores.

Um dos eixos centrais da AD é a “desospitalização”, esta proporciona o cuidado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, com a atuação das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares causadas por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, idosos (BRASIL, 2016).

Neste cenário, as demências são foco de prioridade na AD, visto que as pessoas que compõem esse grupo têm risco para internações prolongadas, iatrogenias, infecções e o aumento do grau de dependência com a perda progressiva da autonomia (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Tendo em vista a complexidade que o cuidado direcionado a idosos com DA, torna-se necessária uma atuação profissional que vá além da identificação das dificuldades por que passam os familiares cuidadores, que busque formas de atuar, a fim de dar-lhes maior autonomia e bem-estar, assim como ao idoso (ILHA et al.,

2016, POZZOLI; CECÍLIO, 2017, WEYKAMP et al., 2018).

A prática reflexiva na atuação do enfermeiro na AD também foi evidenciada, tendo em vista que algumas dificuldades requerem intuição e reflexão para os cuidados (ANDRADE et al., 2017). Conclui-se, pois, que a presença do enfermeiro na AD é de suma importância. As ações relacionais e educacionais se destacam, sendo necessárias inclusive nos cuidados técnicos. Assim, por meio desta revisão integrativa da literatura, entende-se que o enfermeiro utiliza diferentes tecnologias no contexto de AD, com destaque para as tecnologias leves e leve duras (ANDRADE et al., 2017).

As intervenções educativas e de suporte emocional e social podem resultar em redução da sobrecarga e melhoria da qualidade de vida dos cuidadores. Pois, as síndromes demenciais em idosos podem desencadear riscos à saúde dos cuidadores familiares, sugere-se, portanto, que estes também sejam alvo da atenção domiciliar (FOLLE; SHIMIZU; NAVES, 2016, BIERHALS et al., 2017, POZZOLI; CECÍLIO, 2017).

5 | CONCLUSÃO

Os resultados alcançados permitiram uma melhor compreensão dos custos familiares com os idosos com a DA na Atenção Domiciliar, a partir do cadastramento no SAD. A Teoria Fundamentada nos Dados, como abordagem metodológica, possibilitou uma aproximação da realidade sociocultural e clínica vivenciada pelos familiares que realizavam o cuidado no domicílio, desde uma relação de confiança, que possibilitou diálogos que expressavam suas dificuldades, limitações, necessidades e potencialidades.

A partir das análises dos dados foi possível conhecer e compreender o cotidiano dessas famílias, o quanto empenhavam para garantir e proporcionar um cuidado de qualidade para o idoso com DA, sendo submetidos a diversos custos relacionados ao papel de cuidadoras.

Assim, é importante que o Sistema de Saúde, por meio de suas Políticas e programas, inclua os cuidadores familiares de idosos com DA como potencial cliente para intervenção, em especial por parte da Atenção Domiciliar.

Espera-se também como resultado da investigação subsidiar discussões no contexto da AD sobre os custos, em especial aqueles assumidos pelas famílias, os quais retomam a centralidade, antes limitado aos profissionais de saúde.

A limitação do estudo está no fato de terem sido investigados familiares de um município da zona da mata mineira, restringindo-se a 16 participantes da pesquisa. Dessa forma, são necessários avanços na investigação dos custos familiares com idosos dependentes pela DA de outras regiões do país, por se tratar de um perfil

crescente no cenário da Atenção Domiciliar aliado à mudança do perfil demográfico da população brasileira.

Como também, são necessários novos estudos, para análise dos custos financeiros da Atenção Domiciliar para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, os custos para a família em termos de oportunidades de vida perdidas.

REFERÊNCIAS

ABRAZ. **Associação Brasileira de Alzheimer**: ABRAZ. São Paulo. 2018. Disponível em: <<http://www.abraz.org.br/>>. Acesso em: 12/09/2019.

ALBUQUERQUE, F. K. O. DE; FARIAS, A. P. DO E. C. DE; MONTENEGRO, C. DA S.; LIMA, N. K. F. DE; GERBASI, H. C. L. M. **Qualidade de vida em cuidadores de idosos: uma revisão integrativa**. Revista Enfermagem Atual InDerme, v. 87, n. 25, 8 abr. 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/189/91>. Acesso em: 13/09/2019.

ANDRADE, A. M. et al. **Nursing practice in home care: an integrative literature review**. Ver Bras Enferm, [S.l.], v. 70, n. 1, p.199-208, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>>. Acesso em: 24/05/2017.

BIERHALS CCBK, SANTOS NO, FENGLER FL, RAUBUSTT KD, FORBES DA, PASKULIN LMG. **Needs of family caregivers in home care for older adults**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2870. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1511.2870>. Acesso em: 1/082019.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 825 de 25 de abril de 2016- **Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 30/04/2016.

BRASIL. **Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 204 p.(Caderno de Atenção Domiciliar, v. 1). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_2_vol_%201_gestao_do_sad_final.pdf> Acesso em: 10/10/2015.

BRIGOLA AG, Luchesi MB, Rossetti ES, Mioshi E, Inouye K, Pavarini SCI. **Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural**. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 May/Jun; [cited 2017 Sep]; 20(3):409-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232017000300409&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 23/08/2019.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Apresentando Logos: um gerenciador de dados textuais. **Cad. de Saúde Pública**, v.16, n.1, p.286-287, 2000.

CESÁRIO, AC; LEAL, MCC, MARQUES, APO, CLAUDINO, KA. **Stress and quality of life of the family caregivers of elderly with Alzheimer's disease Vanovya**. Saúde debate | Rio de Janeiro, V. 41, N. 112, P. 171-182, JAN-MAR 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000100171&script=sci_arttext>. Acesso em: 10/082017.

COUTO AM, Caldas CP, Castro EAB. **Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional**. Rev Fun Care Online. 2019 jul/set; 11(4):944-950. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6782/pdf_1Acesso em: 16/08/2019.

DALTIO, C. S.; MARI, J. J.; FERRAZ, M. B. **Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia**. Rev. Psiquiatr. Clín., São Paulo, v. 34, n. 2, p.208-2012, 2007. Disponível em: <<http://>>

www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a12v34s2.pdf>. Acesso em: 10/08/2019.

EUA. Alzheimer's Association, 2018. **2018 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer e demência:** The Journal of the Alzheimer's Association, Volume 14, Edição 3, 367 – 429. Disponível em: <https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures-2019-r.pdf>>. Acesso em: 12/09/2019.

FOLLE AD, SHIMIZU HE, NAVES JOS. **Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding.** Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):79-85. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000100011>>. Acesso em: 21/08/2019.

GOYANNA NF, Freitas CASL, Brito MMC, Netto JJM, Gomes DF. **Idosos com doença de Alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família.** Rev Fund Care Online [Internet]. 2017 Apr/Jun; [cited 2017 Sep]; 9(2):379-86. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5037/pdf_1. Acesso em: 07/09/2019.

INÁCIO, P. F. N. **Prevenção e fatores de risco da doença de Alzheimer.** Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa-Faculdade de Ciências da Saúde-Departamento de Ciências Farmacêuticas-FCS (DCF) - Dissertações de Mestrado. Mar-2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10284/5977>>. Acesso em: 15 jun. 2017. Acesso em: 01/07/2017.

INGLATERRA. Alzheimer's Disease International. **World Alzheimer Report 2018 The state of the art of dementia research: New frontiers. Alzheimers Dement.** Disponível em: <[http:// https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf](http://https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf)>. Acesso em: 18/09/2019.

INGLATERRA. Alzheimer's Disease International. **World Alzheimer Report 2017. Alzheimer's Disease Facts and Figures.** Alzheimers Dement. Disponível em: <<http://www.alz.co.uk/research/http://www.alz.org/facts/>>. Acesso em: 4/08/2017.

ILHA, S. et al. **Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.138-146, mar.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100138&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/072017.

MARTINS G, Corrêa L, Caparrol AJS, Santos PTA, Brugnera LM, Gratão ACM. **Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer.** Escola Anna Nery 23(2) 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n2/pt_1414-8145-ean-23-02-e20180327.pdf. Acesso em 15/09/2019.

MORAES, Edgar Nunes de. **Idosos frágeis e a gestão integral da saúde centrada no idoso e na família.** Rev. bras. geriatr. gerontol. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 307-308, May 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13/082017.

NASCIMENTO, Hellen Guedes do; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. **Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro.** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p. 1381-1392, Apr. 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401381&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17/09/2017.

NERY BLS, Favilla FAT, Albuquerque APA de et al. **CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(5):1422-9, maio., 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/230604-112277-1-PB.pdf>. Acesso em: 17/09/2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Global Dementia Observatory (GDO) (OMS, 2017) (8);- Global Dementia Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025** Disponível em: < https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/Global_Observatory/en/ >. Acesso em:15/092019.

PEREIRA, C. A. R.; BARATA, M. M. L. **Custo social de doenças e método proposto para sua estimação.** Jornal Brasileiro de Economia e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.9-15, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/JBES_apr_2014_61_original_custo_social_de_doencas%20(3).pdf>. Acesso em: 20/11/2015.

POZZOLI, Sandra Maria Luciano; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1116-1129, Dec. 2017 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401116&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/09/2019.

QUEIROZ RS, Camacho ACLF, Gurgel JL, Assis CRC, Santos MLSC. **Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores idosos com demência.** Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 Apr/Mar; [cited 2018 Sep]; 21(2):205-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000200205&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 13/09/2019.

SAAD PM. **O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde. Anais do VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais.** [Internet]. 2016; [cited 2017 Sep]; p. 353-69. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/554/534>. Acesso em: 07/09/2019.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TONON, L. M.; TOMO, T. T.; SECOLI, S. R. **Farmacoeconomia: análise de uma perspectiva inovadora na prática clínica da enfermeira.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.177-82, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/20.pdf>>. Acesso em: 25/12/2015.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, June 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/09/2019.

VIERO, Geórgia Maria; DOS SANTOS, Cirano Gautier. **O Alzheimer como um desafio aos sistemas de saúde, frente a crescente expectativa de vida, e o MEEM como ferramenta no rastreamento de demências.** / Brazilian Journal of Health Review, v. 2, n. 3, p. 1545-1554, 2019. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1387/1533>. Acesso em: 09/09/2019.

WEYKAMP JM, Cecagno D, Tolfo FD, Scarton J, Andrade GB, Siqueira HCH. **Cuidados do enfermeiro ao usuário nas modalidades de atenção domiciliar.** Rev Fun Care Online. 2018 out/dez; 10(4):1130-1140. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1130-1140>. Acesso em: 10/09/2019.

AUTOPERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ÚLCERA VENOSA

Data de aceite: 27/11/2019

Brunno Lessa Saldanha Xavier

Enfermeiro, Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense, Departamento de Enfermagem, Rio das Ostras – Rio de Janeiro, Brasil. Email: brunno.prof@yahoo.com.br

Mellyssa Grazielle Ferreira do Rosário

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense/UFF – Campus Rio das Ostras (RJ), Rio das Ostras (RJ), Brasil. E-mail: mellyssa.grazy@gmail.com

Virgínia Fernanda Januário

Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense, Departamento de Enfermagem, Rio das Ostras – Rio de Janeiro, Brasil. Email: virginiajanuario@gmail.com

RESUMO: **Objetivo:** identificar as características individuais de indivíduos com úlcera venosa revelando sua autopercepção convivendo com esta. **Método:** quantitativo e qualitativo, realizado com 28 indivíduos da Rede Básica de Saúde de três municípios do Rio de Janeiro, de abril a maio de 2017. Utilizou-se estatística descritiva, calculando-se a frequência absoluta e relativa. Nos dados qualitativos, analisou-se o conteúdo temático-categorial. **Resultados:** sem predominância de gênero; destacando-se a faixa etária de 60 a 70

anos (44%); casado (36%); ensino fundamental incompleto (61%); religião evangélica (61%); renda familiar de salário mínimo (50%); 86% não trabalham. Três categorias temáticas reveladas: Dor repercutindo no cotidiano; Efeitos provocados pela lesão no bem-estar do usuário retratando sentimentos de angústia; Presença da ferida condicionando sensações de vergonha e constrangimento. **Conclusão:** Identificou-se impactos negativos no viver dos acometidos. Torna-se necessário uma reflexão sobre o autocuidado em saúde, considerando as expectativas vivenciadas no âmbito da formação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera Venosa; Autoimagem; Qualidade de vida.

KEYWORDS: Venous Ulcer; Self image; Quality of life

PALABRAS CLAVE: Úlcera venosa; imagen de sí mismo; Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

As lesões de pele, consideradas um preocupante problema de saúde pública no Brasil, vêm afetando, ao longo dos últimos anos, um crescente número de usuários do

Sistema Único de Saúde (SUS), revelando as mais diversas formas/apresentações de alteração na integridade da pele¹.

Mesmo ainda com inexpressivos registros oficiais de atendimento na rede básica de saúde, o elevado número de pessoas com diagnóstico de úlceras de pele contribui para onerar cada vez mais o serviço público de saúde, além de afetar a qualidade de vida da população¹. As úlceras crônicas dos membros inferiores atingem a cerca de 1 a 3% da população. Entre estas, as úlceras venosas ocorrem mais frequentemente, pois correspondem entre 70 a 90% dos casos. Sua ocorrência tem sido associada a altos índices de absenteísmo no trabalho e a um grande impacto socioeconômico a partir dos sistemas de saúde e previdenciário².

A presença da ferida compromete não apenas a saúde física, mas também a saúde mental do usuário. Além da limitação de suas atividades diárias, o mesmo está sujeito à distorção da autoimagem², o que pode refletir de forma negativa no seu estado psicológico e na sua autopercepção enquanto indivíduo na sociedade.

Nesse contexto, torna-se mister que o profissional de enfermagem tenha uma visão integralizada e humanizada acerca do cliente que tem úlcera venosa, seguindo assim um dos princípios do SUS: a integralidade. Além da assistência prestada ao indivíduo no âmbito do tratamento da ferida, ressalta-se a necessidade de atentar para a atitude comportamental deste em relação ao problema, considerando sua suscetibilidade a sentimentos de inferioridade, constrangimento e isolamento social, além de estigmas por parte da sociedade³.

Problema de pesquisa: Qual é a percepção que os clientes com úlcera venosa possuem sobre sua condição? Objetivo: evidenciar as características individuais de indivíduos acometidos por úlcera venosa, além de revelar sua autopercepção acerca da convivência com a doença.

REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Frade et al. a úlcera de perna é uma síndrome caracterizada por perda circunscrita ou irregular do tegumento (derme ou epiderme), podendo atingir o tecido subcutâneo e tecidos subjacentes, que acomete as extremidades dos membros inferiores e cuja causa está, geralmente, relacionada ao sistema vascular arterial ou venoso⁴.

A insuficiência venosa crônica (IVC) dos membros inferiores é a incapacidade de manutenção do equilíbrio entre o fluxo de sangue arterial que chega ao membro inferior e o fluxo venoso que retorna ao átrio direito, decorrente da incompetência do sistema venoso superficial e/ou profundo¹.

Dentre as principais complicações da IVC, está a úlcera venosa (UV). A úlcera venosa é caracterizada como um conjunto de alterações que ocorrem na pele e

no tecido subcutâneo em decorrência de uma hipertensão venosa⁵. Possui grande importância no contexto da saúde pública, devido elevadas incidência e prevalência, assim como pelo alto impacto socioeconômico que provoca devido à dificuldade no seu tratamento e à exigência de absenteísmo laboral prolongado. Essa morbidade, frequentemente, se apresenta associada à presença de varizes e de lesões tróficas dos membros inferiores^{2,3}.

As limitações físicas dos pacientes com úlcera venosa comprometem o modo como os mesmos se percebem e, por consequência, sua autoestima, dificultando a execução das atividades cotidianas, ocasionando diminuição da produtividade e, muitas vezes, perda do vínculo de emprego. Tais fatores sustentam o porquê de a úlcera venosa consistir num problema de saúde pública no Brasil⁶.

A demanda assistencial imposta ao usuário com ferida crônica interfere no seu bem estar, tanto pela dependência, quanto pelas repercussões negativas no processo de viver de forma saudável, gerando sentimentos de angústia, medo e insegurança⁷. Nota-se que estes sentimentos são ocasionados por alterações da imagem corporal, medo da não cicatrização da lesão, dúvidas na realização dos curativos e, por vezes, afastamento do trabalho⁸.

De acordo com Waidman et al.⁸ “as concepções e práticas de saúde voltadas ao cuidado não comportam mais um olhar fragmentado que vise somente à doença”. Busca-se, portanto, uma prática assistencial emoldurada pelo acolhimento e respeito, a qual contemple um olhar individualizado e digno dos sentimentos e valores do ser humano.

METODOLOGIA

Pesquisa realizada em 2017, partindo de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, apresentado em uma Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, intitulado “Autopercepção dos indivíduos acometidos por úlcera venosa”⁹. Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quali-quantitativa, realizado sob estratégia de pesquisa de campo.

Trabalhou-se com uma amostra de 28 indivíduos assistidos na Rede Básica de Saúde de três Municípios do Estado do Rio de Janeiro, sendo dois deles situados na região da Baixada Litorânea e um na Região dos Lagos. Os participantes foram convidados aleatoriamente pelo pesquisador, durante a consulta pré-agendada em unidade básica de saúde. Todos foram orientados e esclarecidos sobre a pesquisa e seus objetivos e, inseridos como participantes mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de inclusão para seleção da amostra: indivíduos com diagnóstico de úlcera venosa, assistidos na Rede Básica de Saúde e que aceitaram participar da

pesquisa. Critérios de exclusão: menores de 18 anos, indivíduos com déficit cognitivo e/ou doença mental e os que se negaram a assinar o TCLE.

Ressalta-se que em apenas um dos três cenários houve a disponibilidade de uma sala para a entrevista, onde os participantes foram abordados separadamente e, portanto, tiveram liberdade e privacidade mediante aplicação do instrumento de produção de dados. Considera-se esse fato como um potencial interferente no teor das respostas dos participantes, tendo em vista que nos outros cenários a entrevista ocorreu em sala de espera comum aos usuários.

A produção de dados realizou-se entre abril e maio de 2017, utilizando-se dois instrumentos adaptados para esta investigação, sendo um de um trabalho de conclusão de curso da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília do ano de 2014¹⁰, e outro de uma dissertação de mestrado da Universidade Católica Portuguesa, defendida em 2012¹¹.

No primeiro instrumento, do tipo *checklist*, foram reveladas características sociodemográficas dos participantes, por meio das variáveis: idade; gênero; estado civil; escolaridade; religião; ocupação e renda mensal.

O segundo formulário, implementado na modalidade de entrevista semiestruturada, apurou a autopercepção dos participantes acerca da convivência com a úlcera venosa. Neste sentido, buscou-se, prioritariamente, evidências acerca dos sentimentos do indivíduo no âmbito de seu convívio com o problema em questão.

Evitando constrangimentos aos entrevistados e, devido a percepção, pelo pesquisador, de expressivos ruídos externos que poderiam comprometer a gravação em alguns cenários, não utilizou-se registros de áudio nas entrevistas. Assim, as falas foram registradas manualmente, do modo mais fidedigno possível, em consonância com as respostas dos participantes. Respeitou-se o anonimato na transcrição das falas, visando assegurar o sigilo e privacidade de todos.

Referente à análise dos dados quantitativos, implementou-se a estatística descritiva simples, através de tabelas de contingência, calculando-se a frequência absoluta e relativa, utilizando-se o programa Microsoft Excel versão 2010.

Para o tratamento dos dados qualitativos, trabalhou-se com a análise de conteúdo temático-categorial proposta por Laurence Bardin¹², que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, onde os dados foram classificados e dimensionados conforme os significados a eles atribuídos pelo pesquisador, considerando o conteúdo impresso nos relatos dos sujeitos. Sendo assim, foram separados por unidades de registro (UR) para que, na sequência, pudessem ser categorizados de acordo com o sentido/significado captado no conjunto dos relatos, em consonância com o objeto de estudo.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital

Universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF/RJ), e aprovado sob o parecer 2.029.883. Todas as normativas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas¹³. Resguarda-se o dever de manter a confidencialidade das informações, respeitando as diretrizes éticas da legislação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise Quantitativa - Perfil epidemiológico

Dos 28 entrevistados, houve distribuição equânime em relação ao gênero. Nesse sentido, alguns estudos demonstram divergências entre si, referente à predominância de gênero. Entretanto, essas diferenças mencionadas mostraram-se em percentuais mínimos no tocante à referida variável. Um estudo realizado no município de Nova Lima, em Minas Gerais, resultou em pequena maioria feminina entre os participantes da pesquisa (58%)¹⁴. Outro, de Pouso Alegre, também em Minas Gerais, obteve como resultado um percentual de 60% da amostra composto pelo sexo masculino¹⁵.

Entretanto, existem indícios de que a população feminina seja a mais afetada pela enfermidade. Sentenciam Santos, Aguiar e Marcon¹⁶: “as mulheres possuem mais fatores de risco para a úlcera venosa crônica em virtude da presença de estrógeno, predispondo as veias à dilatação e, por isso, não apresentam a sintomatologia específica da fase inicial da doença, as dores nas pernas”. Contudo, os mesmos autores ressaltam que é nos homens que geralmente ocorrem as complicações de maior gravidade, como por exemplo, a Trombose Venosa Profunda.

Sobre a faixa etária, apurou-se maior concentração da amostra (50%) no intervalo entre 60 e 70 anos, conforme demonstrado na tabela 1. Nesse sentido, evidenciou-se uma predominância da enfermidade entre os participantes idosos, uma vez que 15 (53,5%) pessoas revelaram idade superior à 60 anos. Essa informação encontra convergência em dados de outros estudos, como em uma pesquisa realizada em Sorocaba (SP), onde constatou-se que 66% da amostra se constituía de indivíduos com 60 anos ou mais¹⁷. Um outro estudo, realizado em uma UBS, no município de Maringá (PR), também identificou em sua amostra um predomínio da faixa etária idosa¹⁶.

Segundo Aguiar¹⁸, os idosos vivenciam uma condição de fragilização, inerente ao processo de envelhecimento, marcado por modificações fisiológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Desta forma, a úlcera venosa potencializa as vulnerabilidades vivenciadas por esses idosos.

Faixa etária	N	%
Até 30 anos	1	3,5
De 30 a 40 anos	3	11%
De 40 a 50 anos	2	7%
De 50 a 60 anos	7	25%
De 60 a 70 anos	14	50%
Maior que 70 anos	1	3,5%
Total	28	100%

Tabela 1 - Distribuição dos dados conforme idade. Baixada Litorânea/ Região dos Lagos. 2017

FONTE: dados coletados pelo pesquisador, 2017.

Em relação ao estado civil, a tabela 2 revela um predomínio de pessoas casadas, totalizando 10 indivíduos (36%), Esse fato se mostrou, de certa forma, como um fator atenuante aos sentimentos negativos advindos da lesão, uma vez que a variável possui relação direta com a sensação de isolamento ou carência, às quais o usuário se encontra exposto. Desta forma, a fala dos participantes demonstrava que os mesmos viam nos seus parceiros e na família, um suporte psicoemocional para lidar com os impactos que a ferida lhes causava. Estudos pertinentes à mesma temática também evidenciaram predominância de indivíduos casados entre a população da amostra. Dentre esses, destaca-se um estudo¹⁹ realizado em Goiânia (GO) que identificou 52,4% dos participantes com o referido perfil; e outro realizado em Fortaleza (CE), que evidenciou 52,7% de seu universo com a mesma situação de união estável²⁰.

Estado civil	N	%
Casado (a)	10	36%
Solteiro (a)	6	21%
Viúvo (a)	7	25%
Divorciado (a)	5	18%
Total	28	100%

Tabela 2 - Distribuição dos dados conforme estado civil. Baixada Litorânea/ Região dos Lagos. 2017

FONTE: dados coletados pelo pesquisador, 2017.

No âmbito da variável escolaridade, a maior parte dos indivíduos, totalizando 17 (61%), relatou possuir apenas o ensino fundamental incompleto. Quanto aos demais níveis de escolaridade, a tabela 3 mostra que houve uma distribuição equilibrada, ressaltando-se, contudo, um total de 03 indivíduos (11%) convivendo com o analfabetismo, conforme Em relação a religião, o mesmo percentual majoritário (61%) afirmou seguir a religião evangélica.

Escolaridade	N	%
Analfabeto	3	11%
Fundamental incompleto	17	61%
Fundamental completo	2	7%
Médio incompleto	2	7%
Médio completo	2	7%
Superior	2	7%
Total	28	100%

Tabela 3 - Distribuição dos dados conforme escolaridade. Baixada Litorânea/ Região dos Lagos.2017

FONTE: dados coletados pelo pesquisador, 2017.

Grande parte dos estudos relacionados à temática demonstra que o perfil de indivíduos acometidos por úlcera venosa revela um nível de escolaridade limitado, com dados estatísticos apontando, predominantemente, para os mesmos níveis de escolaridade preponderantes neste estudo. Uma pesquisa realizada a partir de prontuários de 486 pacientes assistidos no Instituto Lauro de Souza Lima, localizado na cidade de Bauru (SP), identificou que a maior parte de sua amostra (19,8%) possuía apenas o ensino fundamental incompleto²¹.

Considerando que o grau de escolaridade possui relação direta com o nível de esclarecimento e capacidade de compreensão do indivíduo, é possível inferir um viés significativo de repercussão/influência da variável nos resultados da pesquisa. Este fato pôde ser observado no momento da entrevista, quando os participantes que afirmavam possuir os níveis de escolaridade predominantes no estudo (ensino fundamental incompleto e analfabetismo), demonstravam certa dificuldade de compreensão das perguntas, o que demandou uma explicação mais detalhada e cuidadosa acerca do formulário e do TCLE. Entretanto, mesmo com todos os esforços para contornar os problemas de entendimento e comunicação encontrados, observou-se que algumas respostas se mostravam inconsistentes e controversas, indicando, a priori, um déficit de aprendizado destes participantes.

No tocante à questão da espiritualidade, observa-se que esta representa um importante fator de auxílio no enfrentamento da doença, uma vez que os indivíduos demonstraram buscar através da fé e da espiritualidade, a motivação para prosseguir com a terapêutica. Além disso, ressalta-se que a religião também exerce um papel de fortalecer a crença/esperança de cura da enfermidade, tendo em vista o apego à fé invariavelmente presente nas falas dos participantes. Para Ferreira et al., a espiritualidade é um assunto que vem despertando a atenção dos profissionais da saúde, no que tange ao cuidado humano. Pesquisas recentes demonstram que este pode ser um caminho para melhorar o bem-estar dos doentes, considerando o potencial de viabilizar o desenvolvimento de condições/potencialidades para o

enfrentamento de doenças²².

Em paralelo, salienta-se o fato de que algumas pessoas recorrem exclusivamente à fé com vistas a cura de doenças, deixando de lado o tratamento clínico adequado²³. Nesse contexto, a religiosidade pode, de igual modo, favorecer ou comprometer o tratamento clínico da lesão, a depender de cada cliente individualmente, considerando todos os seus aspectos pessoais, como, por exemplo, seu grau de comprometimento com a terapêutica e seu nível de esclarecimento.

Destaca-se que 24 pessoas (86%) afirmaram não exercer nenhuma atividade laborativa. Grande parte justificou o fato devido à presença da lesão. Nesse contexto, um estudo comparativo entre pessoas com e sem o diagnóstico de úlcera venosa, realizado em um ambulatório de angiologia de um hospital universitário em Natal (RN), indicou que, dentre o total de participantes da pesquisa, 44 (21,6%) relataram não trabalhar e 56 (27,5%) afirmaram continuar trabalhando²⁴. Nesse sentido, a divergência de informações entre os estudos pode se justificar através de aspectos pessoais, como, por exemplo, o grau de comprometimento da lesão, o nível de intensidade da dor e a qualidade da assistência recebida.

Metade dos participantes da amostra alegou receber um valor mensal equivalente a um salário mínimo ou menos. Nesse contexto, verificou-se que a maioria se encaixa no perfil de indivíduos com baixo poder aquisitivo. Foram encontrados dados convergentes veiculados por outros autores, como, por exemplo, no mesmo estudo supracitado. Neste, identificou-se que 37,3% afirmaram possuir uma renda mensal igual ou inferior à um salário mínimo, enquanto 11,8% recebem um valor superior ao mesmo²⁴.

É possível estabelecer uma relação entre a renda familiar e os condicionantes que derivam da ferida no bem-estar, uma vez que os indivíduos de baixo poder aquisitivo tendem a ter recursos limitados para o tratamento, necessitando, invariavelmente, recorrer exclusivamente aos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, considerando, principalmente, a situação econômica dos municípios que foram cenário dessa pesquisa – refletindo situações adversas como falta de insumos e profissionais – a assistência à esses indivíduos tende a ficar comprometida.

Para o tratamento dos dados qualitativos, trabalhou-se com a análise de conteúdo de Bardin¹². Esse método depreende um caminho analítico dividido nas seguintes fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na fase da pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante, para compreender todas as falas e captar os sentimentos e sensações presentes nas mesmas. Em seguida, foram selecionadas as falas que iriam compor o material para o estudo, conforme pertinência e atendimento aos objetivos da pesquisa. Na fase de exploração do material, as falas foram organizadas conforme semelhança de conteúdo e diferenças temáticas, objetivando a criação das categorias. Desta

forma, emergiram três categorias: 1- A dor repercutindo amplamente no cotidiano; 2- Os efeitos provocados pela lesão no bem estar do usuário retratando sentimentos de angústia; 3- A presença da ferida condicionando sensações de vergonha e constrangimento.

A dor repercutindo amplamente no cotidiano

Observou-se grande impacto da dor nas tarefas do dia a dia, uma vez que muitos justificavam a presença da dor como empecilho para desempenhar determinadas tarefas e para sair de casa, conforme demonstrado no quadro 1:

Entrevistado	Pergunta realizada ao entrevistado	Resposta do entrevistado
Entrevistado 1	A ferida lhe impede de trabalhar?	<i>“Às vezes, quando tá doendo, não dá vontade de fazer nada.”</i>
Entrevistado 2	A ferida interfere de alguma forma na sua sexualidade?	<i>“Se tiver doendo, não tenho cabeça pra nada.”</i>
Entrevistado 3	A ferida prejudica sua mobilidade?	<i>“Às vezes tem dias que tá muito inchado, dói muito, então você não tem aquela estrutura pra ficar andando.”</i>
Entrevistado 4	A ferida prejudica sua mobilidade?	<i>“Era muito apressada no andar, agora pra lavar a louça, andar dentro de casa precisa ter muito cuidado pra não machucar e quando dói é uma dor insuportável, por causa da crise.”</i>
Entrevistado 5	A ferida prejudica sua mobilidade?	<i>“Porque dói né?! Ficar em fila de banco! Essa semana fiquei na fila, senti muita dor!”</i>
Entrevistado 6	A ferida prejudica sua mobilidade?	<i>“Tem vezes que dói muito, aí prefiro sentar e ficar parado, por causa das dores intensas”.</i>

Quadro 1- Distribuição das respostas dos entrevistados, conforme repercussão da dor no cotidiano. Baixada Litorânea/ Região dos Lagos. 2017

FONTE: dados coletados pelo pesquisador, 2017.

A dor representa uma das principais queixas de quem tem uma lesão de continuidade na pele. Assim, é comum que as pessoas que têm úlceras mencionem a dor física como um sintoma comum. Isso decorre de modificações no organismo, condicionadas, sobretudo, por variações a partir do estágio evolutivo da ferida inerentes a cada indivíduo⁸.

Observou-se também que a dor repercute expressivamente no sono, conforme constatado nas respostas de alguns participantes ao questionamento: “A ferida atrapalha o seu sono?”. Nesse sentido, 75% dos participantes afirmaram a ocorrência

do evento, sendo 15 deles (54%) apontando a frequência “eventualmente” e 6 (21%) indicando a frequência “sempre”. Destes, todos associaram o fato à presença da dor.

“A qualidade do sono está diretamente ligada à qualidade de vida do ser humano. Durante o repouso, o organismo realiza funções extremamente importantes, como fortalecimento do sistema imunológico, secreção e liberação de hormônios, consolidação da memória, entre outras”²⁵. Assim, a privação do sono, em decorrência da dor, pode ocasionar diversos impactos no bem-estar dos indivíduos acometidos pela lesão.

Considera-se que a dor se expressa não apenas na ordem física, mas também associada a aspectos de caráter psicoemocional que, por sua vez, potencializam os sintomas clínicos da enfermidade. Nesse sentido, estratégias para o controle da dor somente são eficazes quando agregadas a ações que visem uma abordagem holística aos sujeitos acometidos.

Os efeitos provocados pela lesão no bem - estar do usuário retratando sentimentos de angústia

Dentre as emoções captadas nas falas, foi interpretado pelo pesquisador a ocorrência da angústia na maioria delas. Revelou-se um leque de sentimentos e sensações experienciados pelo indivíduo (quadro 2), de modo a englobar outros sentimentos como tristeza, desânimo, incômodo, irritação, entre outros.

Entrevistado	Pergunta realizada ao entrevistado	Resposta do entrevistado
Entrevistado 6	A ferida mexe com a sua autoestima?	<i>“Às vezes a gente quer ir num lugar e não pode ir, aí a gente fica triste, pensativo. Às vezes atrapalha de ir pra igreja”.</i>
Entrevistado 13	Preocupa-se com a possibilidade de piora das lesões?	<i>“Às vezes eu durmo, acordo, pergunto a Deus porque não cura logo”.</i>
Entrevistado 16	A ferida mexe com a sua autoestima?	<i>“Mexe muito. É uma marca que você tem. Sempre sente, por mais que não ligue muito pra aparência, a gente sente, porque fica sequela”.</i>
Entrevistado 9	A ferida mexe com a sua autoestima?	<i>“Com certeza. Quem vai gostar de ficar assim? Não pude ir numa festa de 15 anos, perdi o casamento da minha sobrinha, nem tenho vontade de sair, não tenho o que calçar”.</i>
Entrevistado 17	A ferida mexe com a sua autoestima?	<i>“Fico sem condições de andar, de dormir, de sair”.</i>

Entrevistado 12	A ferida mexe com a sua autoestima?	<i>“Me dá tristeza. Às vezes eu quero fazer as coisas e não posso, sinto que estou incomodando, mexe muito com a autoestima da gente, sabia? A gente se sente impotente! Me desculpe de estar chorando, mas eu fico muito sentimental”.</i>
-----------------	-------------------------------------	---

Quadro 2- Distribuição das respostas dos entrevistados conforme sensação de angústia associada à lesão. Baixada Litorânea/ Região dos Lagos.2017

FONTE: dados coletados pelo pesquisador, 2017.

“A úlcera em membros inferiores assume grande importância na vida dos pacientes, pois a ocorrência de deformidades causadas por esse tipo de ferida pode gerar consequências adversas, dentre as quais distúrbios psicossociais”²⁶.

A presença da ferida gera sentimentos de angústia e tristeza, o que acarreta impactos negativos na autoestima das pessoas acometidas²⁷. As falas dos participantes remetem a sensações de desânimo e desesperança, o que converge para a piora do seu bem-estar. Ademais, deve-se considerar que estas pessoas expressam risco evidente para o desenvolvimento de depressão, uma vez que as mesmas demonstravam, através de seus discursos, sentimentos de desamparo, desespero e desalento.

A presença da ferida condicionando sensações de vergonha e constrangimento

A terceira categoria representa a percepção de sentimentos de vergonha e constrangimento nos participantes, nos quais percebeu-se, em grande parte, falas carregadas de sensações de mal-estar e incômodo diante de reações da sociedade. Os relatos que refletem tais sentimentos estão expressos no quadro 3.

Entrevistado	Pergunta realizada ao entrevistado	Resposta do entrevistado
Entrevistado 13	A ferida mexe com a sua autoestima?	<i>“Você vai botar uma roupa, não pode botar muito apertada, não pode ir na praia, nem usar bermuda, às vezes fico com vergonha quando as pessoas ficam perguntando”.</i>
Entrevistado 21	A ferida mexe com a sua autoestima?	<i>“Demais. 100%. Cheiro ruim que dá. Me incomoda, as pessoas ficarem olhando, só uso calça porque a gente passa uma vergonha danada”.</i>
Entrevistado 3	A ferida interfere no seu relacionamento com as pessoas?	<i>“Sempre tem um que olha estranho. Principalmente quando tem um que me conheceu com a ferida e depois vê que ainda tô com a ferida, acha que é relaxamento”.</i>
Entrevistado 12	A ferida interfere no seu relacionamento com as pessoas?	<i>“Às vezes você chega perto de uma pessoa, o curativo está molhado, exala aquele cheiro, as pessoas torcem o nariz, tem gente que sai de perto, eu percebo...isso é horrível”</i>

Quadro 3- Distribuição das respostas dos entrevistados, conforme sentimentos de vergonha/constrangimento associados à lesão. Baixada Litorânea/ Região dos Lagos. 2017

Ressalta-se um estudo realizado em um Hospital Universitário localizado no município de Natal no Rio Grande do Norte (RN), com uma amostra composta por 50 pacientes portadores de UV, que evidenciou sentimentos de insatisfação e discriminação por parte dos participantes, tais como: vergonha da lesão, acompanhada do uso de vestimentas sempre cobrindo os membros inferiores; distúrbio da autoimagem; presença de exsudato no leito da ferida, o que fomentava constrangimento; curiosidade alheia sobre a lesão; incômodo com o odor da lesão entre outros²⁸.

O sofrimento desses pacientes, conforme já dito, transcende o domínio físico. Atinge também o emocional e o social, produzindo pensamentos/sensações de exclusão, vergonha, incômodo pelo odor exalado da lesão, além de dificultar a realização de certas atividades como ir à igreja e participar de encontros familiares, sem contar a rejeição sexual verbalizada por muitos²⁹.

Constatou-se que a presença da ferida acarreta uma distorção da autoimagem, gerando um sentimento de inferioridade e constrangimento. Associado a esta situação, sobleva-se a existência de um estigma social diante da aparência e odor da lesão. Comportamentos preconceituosos com os quais os sujeitos se deparam refletem, frequentemente, em autodepreciação. A principal consequência desses eventos consiste numa crescente e severa deficiência na sua autoestima.

CONCLUSÃO

A presença da úlcera acarreta diversos impactos no viver do indivíduo acometido. Esses impactos, considerando os aspectos revelados nesta pesquisa, ocorrem, principalmente, nas esferas social, afetiva, profissional e psicológica. Esses fatores tem o condão de potencializar agravos na autoestima, no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas.

Constatou-se que o perfil das pessoas acometidas pela lesão e seus agravos compreende indivíduos idosos, de baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade e níveis limitados de esclarecimento. Entende-se como primordial o desenvolvimento da educação em saúde com ênfase para este público, objetivando a prevenção de agravos e a promoção da saúde.

O profissional de enfermagem possui um papel crucial no cuidado ao indivíduo com feridas, uma vez que ele é o agente que possui um maior contato com o cliente, o que permite um melhor acompanhamento da evolução clínica da lesão e uma abordagem mais abrangente, que compreenda todo o universo no qual o mesmo está

inserido. Olhar do enfermeiro não deve se limitar a uma perspectiva emoldurada pela doença, mas deve sim contemplar todas as questões que permeiam/demarcam a saúde do cliente, considerando suas singularidades e pluralidades, proporcionando assim um cuidado holístico.

Clama-se, sob o prisma de estudos como este, para que as experiências/vivências acadêmicas sejam confrontadas com a dura realidade vivenciada por estes atores/protagonistas de agruras sociais. Alerta-se para uma reflexão, por parte dos profissionais de saúde e acadêmicos de enfermagem, acerca dos implacáveis impactos impostos à autoestima e ao bem-estar dessas pessoas, e também sobre as repercussões que estes podem determinar no tratamento clínico, uma vez que a desesperança e a desmotivação podem comprometer a adesão à terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Barros JN. Insuficiência venosa crônica. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. *Angiologia e Cirurgia Vascular: guia ilustrado*. 2003 [acesso em 2016 dez 8]; Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/50/45-_Insuficiencia_Venosa_Clinica.pdf
2. Belczak SQ, Gornati VC, Aun R, Sincos IR, Fragoso H. Tratamento da úlcera varicosa dos membros inferiores mediante cirurgia e bota de Unna: uma economia para o sistema de saúde brasileiro. *Einstein* [internet]. 2011 [acesso em 2016 nov3]; 9(3 Pt 1):377-85. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v9n3/pt_1679-4508-eins-9-3-0377.pdf
3. Rodrigues LM, Oliveira BGRB, Castilho SR, Futuro DO. Avaliação tecnológica em saúde: uso da carboximetilcelulose a 2% no tratamento das úlceras de perna. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 jul/ago; 23(4):520-5.
4. Frade MAC, Cursi IB, Andrade FF, Soares SC, Ribeiro WS, Santos SV, Foss NT. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. *An, Bras. Dermatol*. 2005 [acesso em 2016 dez 5]; 80(1):41-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a06.pdf>
5. Bezerra GC, Santos ICRV, Lima JC, Souza COM. Avaliação do risco para desenvolver pé diabético na atenção básica. *Rev Estima*. 2015 [acesso em 2016 ago1] v. 16. ISSN: 1806-3144. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/108>.
6. Frota OP, Constanci JGO, Loureiro MDR, Ferreira AM. Impacto de intervenção educativa sobre feridas no conhecimento de técnicos de enfermagem. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 set/out; 23(5):603-9.
7. Almeida AS et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. *Rev. Bras Cir. Plást*. 2013 [acesso em 2016 ago9]; 28(1):142-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/24.pdf>.
8. Waidman MAP et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Ver Texto Contexto Enferm*. 2011 [acesso em 2016 jan3] 20(4): 691-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf>
9. Rosário MGF. *Autopercepção dos clientes acometidos por úlcera venosa [Monografia]*. Rio das Ostras: Universidade Federal Fluminense – UFF; 2017.
10. Sousa MA. *Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus e feridas crônicas*. Brasília:

Universidade de Brasília –UnB; 2014.

11.Favas SMHS. Qualidade de vida e adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa de perna. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2012.

12.Bardin L. Análise de conteúdo. 70.ed. Lisboa, Portugal: Presses Universitaires de France; 1977.

13.BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário Oficial da União. 2012 dez. 12 [acesso em 2016 nov4]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

14.Borges EL, Amorim IP; Carvalho DV. Características dos pacientes com úlcera venosa atendidos nas unidades de atenção primária de Nova Lima, Minas Gerais. Rev. Estima. 2014 [acesso em 2017 jun 18] v. 12, n. 1. ISSN: 1806-3144. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/88>

15.Souza DMST, Borges FR, Juliano Y, Veiga DF, Ferreira LM. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. Acta Paul Enferm. 2013 [acesso em 2017 jun 18]26(3):283-8. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/13.pdf> > Acesso em: 18 jun. 2017.

16.Santos BA, Aguiar JE; Marcon, SS. Autocuidado em idosos com úlcera venosa crônica. Sesc. São Paulo. 2012 [acesso em 2017 jun 19]n. 53. Disponível em: https://www.sescsp.org.br/online/artigo/6446_AUTOCUIDADO+EM+IDOSOS+COM+ULCERA+VENOSA+CRONICA

17.Salomé GM, Ferreira LM. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. Rev. Bras. Cir. Plást. 2012 [acesso 2017 jun 19] v. 27, n. 3, 27 (3):466-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n3/24.pdf>

18.Aguiar AC. Percepção de idosos sobre o viver com úlcera venosa [dissertação] [internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12126/1/Dissertacao%20Aline%20Cristiane%202013.pdf>

19.Malaquias SG, Bachion MM, Sant'Ana SMSC, Dallarmi CCB, Lino Junior RS, Ferreira OS. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. Rev. esc. enferm. USP. 2012 [acesso em 2017 jun 28] v.46, n.2. 46(2):302-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200006

20.Silva FAA. Hipertensão arterial sistêmica em pacientes com úlcera venosa: investigação como subsídio ao cuidado clínico de enfermagem em estomaterapia. [dissertação] [internet]. Fortaleza: Universidade Estadual Do Ceará, 2009. Disponível em: http://www.uece.br/cmacc/clis/dmdocuments/alexandra_araujo_da_silva.pdf

21.Guimarães HCQCP, Pena SB, Salgado MH, Gamba MA, Gomes JJ. Centro de Referência em Dermatologia Sanitária: Caracterizando Usuários com Úlceras de Pernas. Rev Estima, 2016 [acesso em 2017 jun 30] v.14 n.3, p. 103-108. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/download/405/pdf>

22.Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. Rev. Cienc. Cuid. Saude. 2010 [acesso em 2017 jun 27] 9(2):269-277. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8749/6076>

23.Rocha NS, Fleck MPA. Religiosidade, saúde e qualidade de vida:uma revisão da literatura. In: Teixeira EFB, Müller MC, Silva JDT. Espiritualidade e qualidade de vida. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. 224 p. cap 14, p.177-194.

24. Dias TYAF, Costa IKF, Melo MDM, Torres SMSGSO, Maia EMC, Torres GV. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com e sem úlcera venosa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. São Paulo, v.22, n. 4, jul.-ago.2014, 22(4):576-81. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00576.pdf
25. Oliveira JV. A importância de dormir bem. Comunidade USP. 2012 [acesso em 2017 jul 09] Disponível em: <http://www.usp.br/espacoaberto/?materia=a-importancia-de-dormir-bem>
26. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. Rev. Bras. Cir. Plást. 2012 [acesso em 2016 nov 04] v. 27, n. 1, 27(1):124-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n1/21.pdf>
27. Pereira RC et al. Depressão e bem-estar em indivíduo idoso com úlcera venosa. Rev. Bras. Cir. Plást. 2014 [acesso em 017 jul 10] 29(4):567-574. Disponível em: <http://www.univas.edu.br/mpcas/egresso/publicacao/2016110712055911033420.pdf>
28. Costa, IKF et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2011 set; 32(3):561-8.
29. Liedke DCF. Uso da bota de unna como tecnologia no cuidado de enfermagem em úlcera venosa. [dissertação] [internet]. Curitiba: Universidade Federal Do Paraná, 2014. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/37172/R%20-%20D%20-%20DEISE%20CRISTINA%20FURTADO%20LIEDKE.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

LEVANTAMENTO DAS HOSPITALIZAÇÕES POR PNEUMONIA EM MENORES DE 5 ANOS DO AGRESTE ALAGOANO

Data de aceite: 27/11/2019

Hidyanara Luiza de Paula

Universidade Federal de Alagoas – Campus
Arapiraca
Arapiraca - Alagoas

Ririslâyne Barbosa da Silva

Universidade Federal de Alagoas – Campus
Arapiraca
Arapiraca - Alagoas

Mayara Pryscilla Santos Silva

Universidade Federal de Alagoas – Campus
Arapiraca
Arapiraca - Alagoas

Amanda da Silva Bezerra

Universidade Federal de Alagoas – Campus
Arapiraca
Arapiraca - Alagoas

Viviane Milena Duarte dos Santos

Universidade Federal de Alagoas – Campus
Arapiraca
Arapiraca - Alagoas

Kleviton Leandro Alves dos Santos

Faculdade CESMAC do Serão
Palmeira dos Índios - Alagoas

Thayse Barbosa Sousa Magalhães

Faculdade CESMAC do Serão
Palmeira dos Índios - Alagoas

Ana Karla Rodrigues Lourenço

Faculdade CESMAC do Serão
Palmeira dos Índios - Alagoas

Thayná Alves do Nascimento

Faculdade CESMAC do Serão
Palmeira dos Índios - Alagoas

Joisse Ane Moreira da Silva Ferreira

Faculdade CESMAC do Serão
Palmeira dos Índios - Alagoas

Alanna Kádria Fireman de Farias Silva

Faculdade CESMAC do Serão
Palmeira dos Índios - Alagoas

Tamiris de Souza Xavier

Faculdade CESMAC do Serão
Palmeira dos Índios - Alagoas

RESUMO: As infecções respiratórias agudas são causa importante de morbidade e mortalidade entre crianças no mundo, sendo a pneumonia um dos principais motivos devido às funções fisiológicas e o trato respiratório serem imaturos. Realizar um levantamento das hospitalizações por pneumonia em menores de 5 anos do agreste alagoano, entre os anos de 2010 a 2015. Estudo descritivo quantitativo, utilizando dados secundários do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) através do DATASUS, referentes aos anos de 2010 a 2015 sobre hospitalizações em menores de 5 anos. Das 2.788 hospitalizações por pneumonia em crianças em menores de 5 anos no agreste

alagoano no período, a zona urbana do agreste apresentou 19,47% hospitalizações em 2010, 18,17% em 2011, 16,28% em 2012, 20,7% em 2013, 17,26% em 2014 e 8,07% em 2015; enquanto que na zona rural identificou-se 14,92% em 2010, 21,3% em 2011, 17,63% em 2012, 18,27% em 2013, 17,23% em 2014, 10,61% em 2015. Entre 2010 e 2015, o município de Arapiraca apresentou o maior número de casos da região, 63,4%, com a zona urbana apresentando 70,5%, em detrimento a zona rural, 29,4%. Através do estudo é possível observar que persistem as internações por pneumonia, principalmente na zona urbana, portanto, são necessárias políticas públicas para prevenir o surgimento de novos casos. Por meio dos dados obtidos é possível monitorar a região para que se desenvolvam ações de promoção e prevenção a fim de evitar novas internações.

PALAVRAS-CHAVE: Pneumonia. Epidemiologia. Hospitalização.

SURVEY OF PNEUMONIA HOSPITALIZATIONS UNDER 5 YEARS OF ALAGOAN AGRESTE

ABSTRACT: Acute respiratory infections are a major cause of morbidity and mortality among children worldwide, and pneumonia is one of the main reasons because the physiological functions and respiratory tract are immature. Carry out a survey of hospitalizations for pneumonia in children under 5 years old from the wild of Alagoas, from 2010 to 2015. Descriptive quantitative study using secondary data from the Primary Care Information System (SIAB) through DATASUS, for the years 2010. 2015 on hospitalizations in children under 5 years. Of the 2,788 hospitalizations for pneumonia in children under 5 years of age in the Alagoas region in the period, the urban area of the region had 19.47% hospitalizations in 2010, 18.17% in 2011, 16.28% in 2012, 20.7%. in 2013, 17.26% in 2014 and 8.07% in 2015; while in rural areas it was identified 14.92% in 2010, 21.3% in 2011, 17.63% in 2012, 18.27% in 2013, 17.23% in 2014, 10.61% in 2015. Between 2010 and 2015, the municipality of Arapiraca had the highest number of cases in the region, 63.4%, with the urban area presenting 70.5%, in detriment to the rural area, 29.4%. Through the study it is possible to observe that hospitalizations for pneumonia persist, especially in the urban area, therefore, public policies are necessary to prevent the emergence of new cases. Through the data obtained it is possible to monitor the region to develop promotion and prevention actions in order to prevent further hospitalizations.

KEYWORDS: Pneumonia. Epidemiology. Hospitalization.

1 | INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas (IRA's) acometem principalmente crianças menores de 5 anos devido às funções fisiológicas e o trato respiratório serem

imaturos (BONFIM et al., 2011). Dentre as IRAS destaca-se a pneumonia, que apresenta altas taxas de hospitalização, correspondendo a 30%-50% dos casos de busca por serviços de atendimento primário e/ou hospitalar (PASSOS et al, 2018). A mortalidade por pneumonia em crianças abaixo de 5 anos correspondeu a 920.136 casos, representando 15% dos óbitos nessa faixa etária (MÉXICO, 2017).

As IRAS são causa importante de morbidade e mortalidade entre crianças no mundo (BONFIM et al., 2011), que associadas às doenças diarreicas e à desnutrição compõem os três principais problemas de saúde pública na faixa etária abaixo de 5 anos, principalmente em países em desenvolvimento (BENGUIGUI, 2002).

Sendo assim, a temática é necessária para identificar no Agreste Alagoano o período e zona de residência responsável pelo maior número de casos a fim de diminuir casos de infecções respiratórias. Este estudo teve por objetivo realizar um levantamento das hospitalizações por pneumonia em menores de 5 anos do agreste alagoano, entre os anos de 2010 a 2015.

2 | PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo, utilizando dados secundários do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes aos anos de 2010 a 2015 sobre hospitalizações em menores de 5 anos. Os dados obtidos no DATASUS foram organizados em uma planilha no Excel para posterior análise. Como o banco de dados é considerado de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS

O número de hospitalizações por pneumonia em crianças menores de 5 anos correspondeu a 2.788 casos, no período de 2010 a 2015. A zona urbana do agreste apresentou 299 (19,47%) hospitalizações em 2010, 279 (18,17%) em 2011, 250 (6,28%) em 2012, 318 (20,7%) em 2013, 265 (17,26%) em 2014 e 124 (8,07%) em 2015 (Tabela 1).

Na zona rural identificou-se 187 (14,92%) em 2010, 267 (21,3%) em 2011, 221 (17,63%) em 2012, 229 (18,27%) em 2013, 216 (17,23%) em 2014, 133 (10,61%) em 2015 (Tabela 2).

Entre 2010 e 2015, o município de Arapiraca apresentou o maior número de casos da região, (63,4%) hospitalizações, com a zona urbana apresentando 1.248 (70,5%), em detrimento a zona rural, 520 (29,4%).

ANO	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zona Urbana												
Agreste	299	19,47	279	18,17	250	16,28	318	20,71	265	17,26	124	8,07
Alagoas	250	20,03	226	18,1	209	16,74	267	21,39	219	17,54	77	6,16

Tabela 1 – Pneumonia em menores de 5 anos na zona urbana na região Agreste e Alagoas no período de 2010-2015.

ANO	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Zona Rural												
Agreste	187	14,92	267	21,3	221	17,63	229	18,27	216	17,23	133	10,61
Alagoas	77	14,8	114	21,92	83	15,96	93	17,88	103	19,8	50	9,61

Tabela 2 - Pneumonia em menores de 5 anos na zona rural na região Agreste e Alagoas no período de 2010-2015.

Estudo desenvolvido por Benguigui (2002) durante meados da década de 60 e 80, observou que as crianças menores de 5 anos que vivem em zonas urbanas sofrem, anualmente, entre quatro e oito episódios de infecções respiratórias, então conseqüentemente, há um maior número de hospitalizações. As crianças com menos de cinco anos que vivem em zonas rurais mostraram uma incidência um pouco menor, entre dois e quatro episódios anuais de doença respiratória (BENGUIGUI, 2002).

O acometimento das IRAS principalmente em crianças da zona urbana pode ser explicado pelos fatores ambientais como aglomerações sem as condições higiênicas adequadas, más condições de vida e exposição à fumaça do cigarro e/ou a poluentes do ar (MÉXICO, 2017).

4 | CONCLUSÃO

Através do estudo é possível observar que persistem as internações por pneumonia, principalmente na zona urbana, portanto, são necessárias políticas públicas para melhorar as condições de vida, propondo-se algumas medidas como: evitar aglomeração, evitar a exposição à fumaça do tabaco desde a concepção até a infância, reduzir a poluição, monitorando a região para que se desenvolvam ações de promoção e prevenção a fim de evitar novas internações.

REFERÊNCIAS

BONFIM, C.M. et al. Frequent respiratory pathogens of respiratory tract infections in children attending daycare centers. **Jornal de Pediatria**. v. 87, n. 5, 2011.

PRATO et al. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.14, n.1, p. 33-9, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 30 de maio de 2017.

MÉXICO. El impacto global de la Enfermedad Respiratoria – Segunda edición. México, Asociación Latinoamericana de Tórax, 2017.

BENGUIGUI, Yehuda. AS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS NA INFÂNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

PASSOS, S. D. et al. doenças respiratórias agudas em crianças brasileiras: os cuidadores são capazes de detectar os primeiros sinais de alerta? **Rev Paul Pediatr**. v. 36, n. 1, p.3-9, 2018.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS GERONTOLÓGICOS DE MANAUS (AM)

Data de aceite: 27/11/2019

Cleisiane Xavier Diniz

(Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade do Estado do Amazonas)

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

(Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade do Estado do Amazonas)

Fernanda Farias de Castro

(Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade do Estado do Amazonas)

Selma Barboza Perdomo

(Enfermeira, Mestre, Professora da Universidade do Estado do Amazonas)

Joaquim Hudson de Souza Ribeiro

(Psicólogo, Doutor, Professor da Faculdade Salesiana Dom Bosco)

Orlando Gonçalves Barbosa

(Psicólogo, Mestre, Professor da Faculdade Salesiana Dom Bosco)

Introdução: Os serviços de saúde representam uma das maiores demandas da população idosa. Por isso, faz-se necessário conhecer o seu perfil epidemiológico, especialmente as doenças crônicas mais prevalentes, para que se possa planejar e elaborar políticas de saúde mais específicas. **Objetivo:** Identificar o perfil epidemiológico dos idosos usuários dos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI).

Metodologia: Trata-se de pesquisa quantitativa, transversal e descritiva, com 1080 idosos (≥ 60 anos) dos CAIMI instalados na cidade de Manaus, com margem relativa de erro de 5% e coeficiente de confiança de 95%. A amostra foi do tipo probabilística aleatória, por demanda espontânea. **Resultados:** a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes tipo2 (DM2) continuam sendo as doenças mais prevalentes e o principal motivo de procura aos serviços de saúde especializados, correspondendo 50,8% e 18,2% das causas de atendimentos, respectivamente. Os Distúrbios da Acuidade Visual apareceram com 9% e as doenças associadas ao sistema musculoesquelético somaram-se 6,8%, correspondendo aos dados da artrite e artrose. Ao analisar a correlação entre as morbidades e a mediana da idade, observou-se significância estatística na Artrose ($p < 0,029$), AVC ($p < 0,049$) e Alzheimer ($p < 0,001$), indicando que, quanto maior a faixa etária, maior a possibilidade de aparecimento de tais doenças. **Conclusão e Implicações:** O aumento da idade é proporcional ao aumento da procura dos serviços. Como o envelhecimento é um processo natural da redução progressiva das respostas adaptativas do corpo ao ambiente, é natural que, com o avançar da idade, as doenças crônicas se tornem mais

prevalentes na população. Neste grupo, houve alta prevalência e um forte fator de risco para doenças cardiovasculares e Diabetes tipo2, confirmando achados da literatura confirmando achados da literatura e a necessidade de atuação mais efetiva dos seguimentos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento; saúde do idoso; morbidade; perfil de saúde

REFERÊNCIAS

Alcântara LR; Lopes MJM. Estrutura de serviços e acesso a consumos em saúde por idosos em um contexto rural do sul do Brasil. *Redes*, Santa Cruz do Sul, 2012; jan/abr17(1):94-114.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *ArqBrasCardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech [et. al.]; organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

Viana AAS et al. Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos. *RFO*, Passo Fundo, 2010; set./dez15(3):319-324.

A ENFERMAGEM PROMOVENDO A SAÚDE OCULAR DE CRIANÇAS ATRAVÉS DO TEATRO

Data de aceite: 27/11/2019

Juiz de Fora – MG

Larissa Rodrigues Esteves

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem
Juiz de Fora - MG

Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Juiz de Fora – MG

Lucas Roque Matos

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem
Juiz de Fora – MG

Izabela Palitot da Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Juiz de Fora – MG

Maria Vitória Hoffmann

Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Juiz de Fora – MG

Irene Duarte Souza

Universidade Federal de Juiz de Fora, Enfermeira do Colégio de Aplicação João XXXIII
Juiz de Fora – MG

Thalita de Oliveira Felisbino

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem

Larissa Matos Amaral Martins

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem
Juiz de Fora – MG

Giovana Caetano de Araujo Laguardia

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem
Juiz de Fora – M G

RESUMO: Este estudo teve como objetivo descrever como foi para as crianças vivenciar o Teatro Olho Vivo e analisar se o teatro foi uma metodologia apropriada para a compreensão das crianças sobre a importância do Teste de Acuidade Visual e da promoção da saúde visual. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo e de natureza qualitativa, participaram 55 crianças matriculadas no primeiro ano do ensino fundamental de uma escola pública federal de Minas Gerais. Para a coleta dos dados foram empregados: a técnica da imagem fotográfica, entrevista não diretiva e técnica da associação livre de ideias utilizando as imagens fotográficas. Em seguida, optou-se pela triangulação dos dados a fim de se obter maior veracidade das informações obtidas. Para a análise dos dados foi empregada a análise temática ou categorial de Bardin que resultou

em duas categorias: O uso do teatro na promoção da saúde ocular para escolares; O papel da enfermagem no cuidado a saúde ocular. Os depoimentos apontaram a eficácia do teatro na promoção da saúde ocular das crianças participantes, pois favoreceu a compreensão das informações encenadas. Consideramos ser importante a participação do enfermeiro nas escolas para realizar ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, além disso, evidenciou-se o emprego do teatro, como metodologia ativa, sendo uma técnica adequada para facilitar a compreensão dos participantes sobre a importância do Teste de Acuidade Visual, cuidados para se manter uma boa saúde visual, identificação de sintomas oculares, alimentação adequada para se promover a saúde ocular.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde; Enfermagem; Saúde Ocular

NURSING PROMOTING CHILD EYE HEALTH THROUGH THEATER

ABSTRACT: This study aimed to describe how it was for children to experience the Olho Vivo Theater and to analyze if the theater was an appropriate methodology for the understanding of children about the importance of the Visual Acuity Test and the promotion of visual health. This is an exploratory, descriptive and qualitative research, involving 55 children enrolled in the first year of elementary school at a federal public school in Minas Gerais. For data collection were employed: the technique of photographic image, non-directive interview and the technique of free association of ideas using photographic images. Then, we chose to triangulate the data in order to obtain greater accuracy of the information obtained. For data analysis, Bardin's thematic or categorical analysis was used, which resulted in two categories: The use of theater to promote eye health for schoolchildren; The role of nursing in eye health care. The statements pointed to the effectiveness of theater in promoting the eye health of participating children, as it favored the understanding of staged information. We consider it important for nurses to participate in schools to perform health prevention, promotion and recovery actions. In addition, the use of theater as an active methodology was evidenced, being an appropriate technique to facilitate participants' understanding of the importance of the Test. of Visual Acuity, care to maintain good visual health, identification of eye symptoms, adequate nutrition to promote eye health.

KEYWORDS: Health Promotion; Nursing; Eye Health

1 | INTRODUÇÃO

Dos cinco sentidos do ser humano, a visão é o mais usado no dia-a-dia. É na escola que a criança passa seu maior tempo durante o dia e na vida se envolvendo em atividades intelectuais e sociais, que exigem muito da sua acuidade visual, simultaneamente a saúde deste órgão do sentido humano, torna-se um instrumento

primordial no processo de aprendizagem, que evolui com o crescimento da criança (DIAS, 2015).

Mesmo que a criança não apresente nenhum tipo de sinais e sintomas, a integridade da visão é indispensável para o desenvolvimento do ensino escolar, pois pode causar alterações na socialização, cognição levando a demora na compreensão de dimensões de objetos, dificuldade no aprendizado através da manipulação de jogos de construção com, por exemplo, blocos, utilização da coordenação áudio-manual (busca de um objeto quando estimulado por um som), reconhecer gestos, movimentos e expressões fisionômicas de outras pessoas, restrição da mobilidade independente em ambientes não familiares, e também da linguagem. Neste sentido fazem-se necessárias medidas de promoção e prevenção da saúde ocular desde o início da alfabetização e da leitura (FIGUEIREDO et al, 2015; VALVERDE et al, 2016).

A deficiência visual é uma questão de saúde pública, sendo os problemas oftalmológicos a terceira causa mais frequente de danos a saúde dos escolares. O déficit visual pode passar despercebido pelos pais e professores que não conhecem alguns de seus sinais como dificuldade na leitura, cefaleia, “vista cansada”, franzimento de testa, lacrimejamento, nistagmo, estrabismo, postura incorreta necessitando ficar muito próxima do material para a leitura ou da televisão (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2015; FIGUEIREDO et al, 2015; SEGUNDO et al, 2018).

O déficit visual prejudica o desempenho escolar, sendo importante que as crianças participem de ações de promoção e prevenção de saúde ocular quanto tenham acesso facilitado a atendimentos oftalmológicos. Entendendo que tais ações devem acontecer juntas, em 2012, foi implementado o Projeto “Olho Vivo: analisando a acuidade visual das crianças e emprego do lúdico no cuidado de enfermagem”, cujo objetivo foi promover a saúde ocular de crianças, utilizando atividades lúdicas associadas ao Teste de Acuidade Visual, identificação de déficit visual, encaminhamento oftalmológico e a doação das órteses visuais para aquelas que deste necessitarem.

A educação em saúde é uma das dimensões do cuidar em enfermagem, e ao direcioná-la às crianças o emprego do lúdico torna-se um instrumento estratégico. O lúdico facilita o diálogo e a compreensão de termos técnicos- científicos, tornando esta tarefa prazerosa e sadia. É um meio de facilitar a interação entre o educador e a criança de modo a despertar sua atenção e seu interesse no assunto (OLIVEIRA; DIAS, 2017).

Ao prescrutar a literatura científica sobre a promoção da saúde visual de crianças através de práticas educativas utilizando a ludicidade no âmbito da enfermagem, encontramos uma carência de publicações relacionadas ao emprego do lúdico na

promoção da saúde visual (KOGA et al 2016; ALCÂNTARA,2016; NATASH;LEITE, 2016; MELO, 2014; BOMFIM et al, 2015).

O projeto Olho Vivo utiliza o teatro como instrumento lúdico de promoção da saúde visual. Neste sentido, o objeto desta pesquisa é a compreensão do teatro como uma estratégia de promoção da saúde ocular para as crianças que o vivenciaram.

Assim, se constituem como objetivos dessa pesquisa: Descrever como foi para as crianças vivenciar o teatro Olho Vivo e analisar se o teatro foi uma metodologia apropriada para a compreensão das crianças sobre a importância do Teste de Acuidade Visual e da promoção da saúde visual. O presente artigo é um recorte do Projeto Olho Vivo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora Parecer nº 715.363 de 10/07/2014.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa, desenvolvido em uma escola pública federal de Minas Gerais, com 55 crianças de 5 a 6 anos de idade, de quatro turmas do primeiro ano do ensino fundamental. Sendo incluídas crianças que aceitaram participar de forma voluntária e com o consentimento livre e esclarecido de seu responsável legal. Mantendo o sigilo ético, as crianças foram identificadas pelo nome de um personagem de história em quadrinhos infantil, a letra F ou M que indica o sexo feminino ou masculino respectivamente, seguida da idade (por exemplo: CascãoM06).

O processo de coleta dos dados teve como pano de fundo o teatro Olho Vivo, ocorrido em agosto de 2018 na escola, cujo objetivo foi o de estabelecer a aproximação com os participantes, a fim de sensibilizá-los sobre o aparelho da visão e as necessidades de cuidados com os olhos, sobre os hábitos alimentares e higiênicos que favoreçam a saúde visual e os cuidados com os óculos para aqueles que venham a utilizá-los. O teatro era composto por seis personagens, encenados por acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, bolsistas e voluntários do Projeto Olho Vivo, a saber: Palhaço Pipoca, que era o narrador da história; a criança, como personagem principal, é quem na história vivencia dificuldades para enxergar; o super enfermeiro, herói da história, e sua amiga enfermeira, que juntos são os responsáveis pela aplicação do Teste de Acuidade Visual; a Diretora da escola e a mãe, que fazem o papel de coadjuvantes da história.

As etapas da coleta dos dados, que se seguiram após o teatro, estão dispostas na Figura 1.

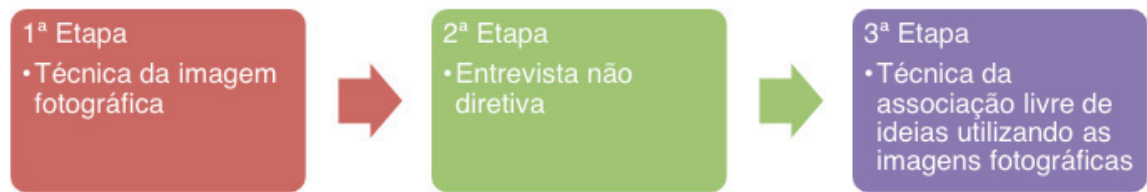


Figura1 – Fluxograma das etapas da coleta de dados

Fonte: Próprio autor (2018).

No dia do teatro diversas cenas foram fotografadas, seguindo a sequência de um roteiro, e posteriormente passaram pelo crivo de especialistas na área que observaram as questões técnicas de fotografia como a iluminação, a distância e o posicionamento adequado dos personagens nas cenas, sendo escolhidas aquelas que melhor captaram as imagens para serem utilizadas nas etapas de coleta dos dados (PEREIRA;AGOSTINHO, 2015).

A primeira e segunda etapas aconteceram uma semana após a realização do teatro, quando o pesquisador, reuniu todas as turmas no auditório da escola para a realização da entrevista não diretiva e da Técnica de Associação Livre de Ideias (TEIXEIRA et al, 2018; RODRIGUES et al, 2015; BRITO;FARIAS, 2016; COUTINHO, 2017). A entrevista não diretiva foi desenvolvida através de duas questões norteadoras dirigidas as crianças escolhidas de forma aleatória. “Conte para mim o que aconteceu no teatro. Fale para mim o que você aprendeu com a história contada”.

Na sequência, utilizando as imagens fotográficas, foi realizada a técnica de Associação Livre de Ideias (COUTINHO, 2017), na qual fotografias das cenas do teatro foram apresentadas às crianças, através do projetor multimídia, e foi feita uma estimulação por uma expressão desencadeante:“Falem sobre esta cena”. As respostas foram registradas através de um gravador e foram transcritas na íntegra. Procedeu-se a análise dos dados por meio da Técnica da Análise Temática ou Categorical proposta por Bardin (2011).Na qual, primeiramente, fora realizada a pré-análise através da leitura flutuante dos discursos dos sujeitos, na qual buscou-se as hipóteses relacionadas aos objetivos do estudo. A seguir ocorreu a categorização que nos permitiu construir os núcleos e seu reagrupamento em categorias: O uso do teatro na promoção da saúde ocular para escolares e O papel da enfermagem no cuidado a saúde ocular.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O uso do teatro na promoção da saúde ocular para escolares

A inserção do teatro no cenário da educação vem crescendo cada vez mais, atualmente nas escolas, os educadores utilizam desse recurso para alcançar o aprendizado no âmbito escolar. Na área da saúde a utilização do teatro permite que a criança entenda o que é falado, interajam com os profissionais, logo, correspondem ao tratamento de forma mais positiva, podendo até compartilhar com as outras crianças o que aprendeu (SILVA;MODESTO;SANTOS,2015; ZAPPA; SANTOS, 2019). Nesta pesquisa as falas apontam a compreensão das crianças sobre a importância do Teste de acuidade Visual e da utilização dos óculos:

Oh tia, eu sei que se fazer esse teste, nossos olhinhos ficam bons.

Ele ajuda a combater muitas doenças. Eu já fiz! [CarminhaFrufuF07]

Eu eu já fiz esse teste legal aí!! Eu uso óculos também, igual a Fabi [MagaliF06].

A detecção precoce do déficit visual, quando a criança inicia a fase escolar, favorece o sucesso do tratamento. No teatro a personagem criança, Fabi, apresenta sinais característicos de déficit visual. A intenção é que as crianças compreendam o que está acontecendo na cena e reflitam se estão ou não passando pela mesma situação ou se observam alguém próximo com estes sinais. São eles: desvio de um dos olhos, não seguimento visual de objetos, não reconhecimento visual de familiares, baixo aproveitamento escolar, atraso de desenvolvimento (NASCIMENTO;GAGLIARDO, 2016).

Neste estudo, o emprego da Técnica da Associação Livre de Ideias através da utilização das imagens fotográficas contribuiu para que as crianças participantes lembrassem da cena e dos sinais que a personagem estava apresentando (Figura 2).



Figura 2 – Cena teatral em que Fabi fala que não consegue enxergar e relata os sinais característicos

As falas dos escolares entrevistados, CascãoM07, MonicaF06, MagaliF06, demonstram o quanto a cena foi capaz de chamar sua atenção e gerar aprendizado, ao recordar o que se passava na cena da Figura 1:

Ela não estava conseguindo enxergar.!! Ela estava com os olhos ardendo. Então ela não conseguia enxergava direito e também não lia direito. [CascãoM07].

O olho dela saia uma aguinha, coçava e ardia. [MonicaF06].

Porque o olhinho dela saia lágrima e ardia... Ela não conseguia enxergar. [MagaliF06].

O fato de o teatro ter sido encenado bem próximo a data das entrevistas, permitiu que as crianças estivessem mais à vontade para participar, mostrando-se mais tranquilas, receptivas e participativas. O teatro ao utilizar um linguajar infantil tornou as encenações, seu enredo e história acessível ao aprendizado das crianças, fato que não aconteceria caso se utilizasse um linguajar e cenas mais próximas as do mundo adulto. Nesta pesquisa o teatro também abordou como é realizado o pré-diagnóstico do déficit visual por intermédio da utilização da Escala Optométrica de Snellen, como demonstrado na Figura 3, e descrito nos depoimentos a seguir:



Figura 3 – Cena teatral em que o Super Enfermeiro mostra a Escala de Snellen

Fonte: o próprio autor (2018).

Os depoimentos a seguir apontam as crianças identificando a Escala Optométrica de Snellen na realização do Teste de Acuidade Visual:

Oh tia, tinha um cartaz grande. Cheio de E. [DocontraM06].

Ela tem que falar qual direção que o E está. [AninhaF06].

Tem E de cabeça para baixo, cabeça para cima, de lado e cabeça para baixo.

[AninhaF06].

A avaliação é realizada com a escala posicionada a uma distância padrão da pessoa a ser testada. E o Teste de Acuidade Visual consiste em “ler” essas linhas de letras que vão diminuindo sucessivamente. Cada linha da tabela corresponde a uma fração, que representa uma acuidade visual. E cada olho deve ser testado separadamente (CAGLIARI *et al*, 2016). O mesmo procedimento foi realizado no teatro (Figura 4).



Figura 4– Cena teatral em que o Super Enfermeiro aplica o Teste de Acuidade Visual.

Fonte: o próprio autor (2018)

As crianças participantes fizeram menção a realização do Teste de Acuidade Visual em suas falas:

Tem E grandão e E pequenininho também!! [AninhaF06]

A menina ficou sentada numa cadeira e o cartaz ficou um pouco longe dela tia... [LucaM07]

A amiga do super enfermeiro que segurou. Eu lembro! [BoguinhoM06]

Tampa um o olho e ela tem que enxergar com o outro que não está tampado... ela tem que avisar qual é a letra no cartaz. Ela tem que falar que direção que o E está. [AninhaF06].

O emprego do lúdico propicia o melhor desenvolvimento da criança, já que a brincadeira é uma linguagem universal, permitindo a mesma expressar suas ideias, sentimentos, o que repercute em maior desenvoltura no cuidado da criança. (VALVERDE *et al*, 2016). Alguns participantes apontaram que o teatro falava da importância do cuidado com a alimentação saudável, do cuidado e do uso correto dos óculos:

Tia, não devemos limpar os óculos com a blusa, não é? Fala para eles.

[DocontraM06]

Eu não limpo, porque o Super Enfermeiro disse, que arranhar a lente...
[CarminhaFrufuF07]

A pipoca falou que se comer cenoura, couve e manga, os nossos olhinhos ficam bons para ver a matéria no quadro e não vai precisar de óculos. [XabéuF06]

O enfermeiro nas ações de promoção da saúde de crianças deve rotineiramente adaptar seu linguajar ao mundo infantil, isto provoca empatia da criança e reflete um cuidado, uma atenção e um respeito para com este ser.

3.2 O papel da enfermagem no cuidado a saúde ocular

O cuidado significa preservar, guardar, armazenar, assistir, ter atenção, diligência e se concretiza no contexto da vida em sociedade. O enfermeiro é o profissional que presta o cuidado e tem a capacidade de avaliar no indivíduo suas necessidades de cuidados físicos e emocional imediatas e a longo prazo, ele reconhece eticamente o valor do cuidado de enfermagem, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro em sua complexidade e em suas escolhas. Ele integra de forma importante a equipe multiprofissional de saúde, composta por profissionais de diversas áreas ou desenvolve seu trabalho de forma independente, ajudando na promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde individual ou coletiva (SANTOS *et al*, 2016).

Neste estudo no teatro o personagem do super enfermeiro realiza ações de promoção da saúde visual (Figura 5):



Figura 5 – O Super Enfermeiro

Fonte: o próprio autor (2018).

Na peça teatral, o Super Enfermeiro desempenha o papel de ajudar a criança, a fim de descobrir o que poderia estar levando a personagem a não fazer os

deveres de casa e acompanhar as lições da sala de aula. É ele quem aplica o Teste de Acuidade Visual e as participantes deste estudo referendaram as orientações fornecidas por ele:

Eu gostei mais do Super Enfermeiro. Porque ele a ajudou com um óculos. E ele tem poder! [CebolinhaM06].

O Super Enfermeiro estava com sua amiga, que eu esqueci o nome, ajudando a menina. [MonicaF07].

O Enfermeiro falou com a gente que o teste não dói tia e que é rapidinho. [NimbusM061].

A menina fez o teste no teatro porque o olho dela, ardia e coçava. Ai o super enfermeiro falou com ela como seria o teste. Não doeu. [CascãoM07].

No teatro o super enfermeiro após o Teste de Acuidade Visual identifica que a personagem Fabi precisará usar óculos (Figura 6):



Figura 6 - Cena teatral na qual o Super Enfermeiro explica a personagem Fabi sobre a necessidade dos óculos

Fonte: o próprio autor (2018).

A ação preventiva exercida pelo personagem teve o intuito de conscientizar aquelas crianças que terão a prescrição dos óculos, pelo oftalmologista parceiro do Projeto Olho Vivo, os cuidados necessários com o manuseio, limpeza e armazenamento do mesmo. Pode-se notar isso nas falas a seguir:

E não pode também, emprestar para um amigo. Porque o grau é só para você. [DorinhaF06].

Ele ajudou a menina a usar os óculos... E disse que não pode pegar só com uma mão. [DorinhaF06].

É sabido que não cabe ao enfermeiro prescrever os óculos, isto compete ao oftalmologista, mas o enfermeiro poderá realizar o Teste de Acuidade Visual e realizar o encaminhamento para o especialista (FONTENELE *et al*, 2016). Nesta

pesquisa o papel do super enfermeiro foi semelhante ao que acontece na vida real, quando junto com as ações de identificação de agravos à saúde, prestamos os cuidados, orientações e os encaminhamentos necessários.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidenciou que o emprego do teatro como metodologia ativa foi adequado para a abordagem da promoção da saúde visual dos participantes, uma vez que facilitou a compreensão dos mesmos sobre a história encenada, bem como do papel dos personagens e das orientações necessárias à manutenção, promoção, prevenção e recuperação da saúde ocular.

Nos depoimentos dos participantes percebemos, que ao assistirem ao Teatro Olho Vivo as crianças ampliaram seus conhecimentos sobre si, sobre o mundo e sobre tudo que está ao seu redor e que poderia estar interferindo na saúde ocular. O Teatro Olho Vivo contribuiu para esse desenvolvimento de olhar, pois os participantes exploraram seus pensamentos, expressaram suas descobertas, compreenderam limites e desenvolveram a socialização e a integração em grupo.

Evidenciou-se com este estudo que todo esse aprendizado, realizado por meio da ludicidade, prepara as crianças para o amanhã e previne futuros agravos relacionados a visão. Além disso, as crianças expressaram a alegria que tiveram com a apresentação e o teatro se transformou em uma ação terapêutica.

Foi possível perceber como o profissional de Enfermagem, pode contribuir e atuar em diversas áreas sendo um elemento indispensável quando se falar em promoção a saúde no âmbito individual ou coletivo. Ademais, o emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem favoreceu o desenvolvimento de competências dos discentes de enfermagem envolvidos na educação e promoção da saúde, servindo de referência para outras ações em saúde que envolvam profissionais da área e o público infantil.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, C.S.; BEZERRA, J.A.B. O Lúdico, a Escola e a Saúde: a educação alimentar no gibi. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 889-904, set./dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300889&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOMFIM, A.M.A. *et al.* Recurso lúdico no processo de educação em saúde em crianças de escolas públicas de Alagoas: relato de experiência. **Interfaces-Revista de Extensão**, v. 3, n. 1, p.117-121, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/108/pdf>. Acesso em: 8 set. 2019.

- BRITO, A. C. V; FARIAS, J. O. O uso de imagens na educação infantil como instrumento de letramento: uma análise por meio dos conceitos da semiótica. **Cadernos da Educação Básica**, vol. 1, n. 2, p.77-85, out. 2016. Disponível em: <https://www.cp2.g12.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/796/656>. Acesso em: 08 set. 2019.
- CAGLIARI, P.Z. *et al.* Alterações detectadas pelo teste do reflexo vermelho ocular. **Arq. Catarin. Med.** v. 45, n. 3, p. 48-57, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/110/101>. Acesso em: 08 set. 2019.
- CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. **Mais Acesso a Saúde Ocular**. São Paulo: CBO, abr. 2015. 35p. Disponível em: https://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Acesso_saude_ocular.pdf. Acesso em: 08 set. 2019.
- COUTINHO, M.P.L; BÚ, E. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software tri-deux-mots (version 5.2), **Revista Campo do Saber**, Cabedelo, v. 3, n. 1, p. 219-43, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/72>. Acesso em: 08 set. 2019.
- DIAS, Ana Catarina Oliveira. **Processamento sensorial e Áreas de desenvolvimento em crianças institucionalizadas num centro de acolhimento temporário**. 2015. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Lisboa, 2015. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9740/1/Projeto%20MESTRADO%20TO.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2018.
- FIGUEIREDO, S. O. *et al.* Detecção Precoce e Resolução de Deficiência Visual em Escolares da Cidade de Patos de Minas. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 5, p. 18-21, 2015. Disponível em: <https://docplayer.com.br/19125657-Deteccao-e-prevencao-das-deficiencias-visuais-na-infancia-e-sua-relacao-com-a-educacao.html> Acesso em: 21 mai. 2018.
- FONTENELE R.M. *et al.* Saúde ocular em escolares e a prática dos enfermeiros da atenção básica. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.21, n.1, p. 01-08, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/0d90/38a982f6e34d3f8029cee716c104fb8b3f37.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2019.
- KOGA, M.C.S. *et al.* Avaliação da acuidade visual pela enfermagem: utilização da tabela de selem em crianças do ensino fundamental. **Revista Científica Unisaesiano**, Lins, ano7, n 15, p.423-37, jun./dez. 2016. Disponível em: <http://docplayer.com.br/64607418-Avaliacao-da-acuidade-visual-pela-enfermagem-utilizacao-da-tabela-de-snellen-em-criancas-do-ensino-fundamental-i.html>. Acesso em 23 ago de 2018.
- MELO, L.L. Utilizando o Lúdico no Processo de Educar em Saúde: Produzindo Jogos Educativos para Crianças e Adolescentes. *In: Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde. Anais [Blucher Medical Proceedings, v. 1, n .2]*. São Paulo: Blucher, mar. 2014. p. 58. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br/s3-sa-east1.amazonaws.com/medicalproceedings/cihhs/10300.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2018.
- NASCIMENTO, G.C.C.do; GAGLIARDO, H.G.R.G. Atenção à saúde ocular de crianças com alterações no desenvolvimento em serviços de intervenção precoce: barreiras e facilitadores. **Rev. Bras. oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 5, p. 370-75, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802016000500370&lng=en&nrm=. Acesso em: 28 ago. 2018.
- NATASH, Y.; SANTOS, D.S.; LEITE, I.M.L. Saúde e Doença: percepção de adolescentes que vivenciaram o lúdico como estratégia de educação em saúde. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v.10, n.5, p.1822-7, mai.2016. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13562/16347>. Acesso em: 28 ago. 2018
- OLIVEIRA, C. M.; DIAS, A.F. **A Criança e a Importância do Lúdico na Educação**. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. São Paulo, ano 2, v. 13, p. 113-128, jan. 2017. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/ludico-na-educacao?pdf=6402>.

Acesso em: 22 mai 2018.

PEREIRA, C.M.; AGOSTINHO, K.A. Fotografia, infância e educação: tessituras da prática docente na educação infantil. **Atos de Pesquisa em Educação**. Blumenau, v. 10, n.3, p.788-808. set./dez. 2015. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/5032/3165>. Acesso em: 02 ago. 2019.

RODRIGUES, D.A. *et al.* Práticas educativas em saúde: o lúdico ensinando saúde para a vida. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 13, n.1, p. 84-89, jun. 2015. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Práticas-educativas-em-sa-de-PRONTO.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2019.

SILVA, A.C.A.; MODESTO, A.S.; SANTOS, B.M.G. A importância do lúdico na educação especial. **Web Artigos**, Poconé, 13 p., jul. 2015. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-do-ludico-na-educacao-especial/134521>. Acesso em: 02 ago. 2019.

SEGUNDO L.P.A. *et al.* Acuidade visual de crianças de 6 a 10 anos de idade: estudo em duas escolas públicas do sertão da Paraíba. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 77, n.5, p.264-7, set./out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v77n5/0034-7280-rbof-77-05-0264.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

SANTOS, P.M. *et al.* Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n.4, p. 646-5, jul./ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0646.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

TEIXEIRA, K.B. *et al.* Teatro como forma de educação ambiental e em saúde. **Artigo-Educação Ambiental em Ação**, ano 11, n. 42, set. 2018. Disponível em: <http://www.revistaea.org/artigo.php?idartigo=1393>. Acesso em: 08 ago. 2019.

VALVERDE, C.N.L. *et al.* Detecção da prevalência de baixa visual e tratamento no grupo etário 4 a 7 anos. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 4, p. 286-9, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v75n4/0034-7280-rbof-75-04-0286.pdf>. Acesso em: 17 jul 2018.

ZAPPA, P; SANTOS B.L.D. Jogos teatrais na escola: uma possibilidade de auxílio no desenvolvimento biopsicossocial e cognitivo da criança. **Educação, Cultura e Comunicação**, [S.l.], v. 10, n. 19, jan. 2019. Disponível em: <http://unifatea.com.br/seer3/index.php/ECCOM/article/view/958/957>. Acesso em: 2 ago. 2019.

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ADOLESCENTES SOBRE A ENFERMAGEM

Data de aceite: 27/11/2019

Thais Nogueira Ribeiro Neto

Graduada pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Campus Macaé “Prof. Aloísio Teixeira”. Macaé, RJ (Campus UFRJ – Macaé).

Tadeu Lessa da Costa

Docente do Curso de Enfermagem do Campus UFRJ – Macaé. Macaé, RJ.

Gláucia Alexandre Formozo

Docente do Curso de Enfermagem do Campus UFRJ – Macaé. Macaé, RJ.

Beatriz Fernandes Dias

Docente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, RJ.

RESUMO: este estudo objetiva analisar o conteúdo e a estrutura das representações sociais (RS) dos adolescentes à respeito da enfermagem; e comparar tais RS segundo variável sexo. Método: estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, com referencial teórico da teoria de RS. Foram participantes 140 adolescentes escolares de município Norte Fluminense, Brasil. A coleta de dados ocorreu por questionário contendo técnica de evocação livre de palavras, analisados pelo *software* EVOC. Resultados:

os elementos presentes na zona do núcleo central das RS estudadas foram *cuidar-cuidado; dedicação; doença; hospital; medicamento; sangue; e saúde*. Não foram identificadas diferenças substanciais nas RS segundo sexo, mas modo de ativação mais funcional do núcleo central para adolescentes do sexo feminino. Conclusão: observa-se a importância de ações profissionais de enfermagem na promoção da saúde e qualidade de vida na adolescência em espaços extrahospitalares, bem como atividades educativas sobre a enfermagem entre os adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Adolescente, Enfermagem, Psicologia Social.

THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF ADOLESCENTS ON NURSING

ABSTRACT: this study objective to analyze the content and structure of the social representations (RS) of adolescents regarding nursing; And compare such RS according to sex variable. Method: exploratory-descriptive study with qualitative approach, with theoretical reference of the RS theory. A total of 140 adolescents from the city of Norte Fluminense, Brazil, participated. The data collection was done by questionnaire containing free word

evocation technique, analyzed by the EVOC software. Results: the elements present in the central nucleus of the SR studied were care-careful; dedication; disease; hospital; Drug; blood; and health. There were no substantial differences in RS according to sex, but a more functional mode of activation of the central nucleus for female adolescents. Conclusion: the importance of professional nursing actions in the promotion of health and quality of life in adolescence in out-of-hospital spaces, as well as educational activities on nursing among adolescents is observed.

KEYWORDS: Adolescent Health, Nursing, Social Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência é entendida como fase de transição entre a infância e a vida adulta e pode ser definida como pessoas na faixa etária de 10 e 19 anos de idade. Este é um período cuja saúde deve ser tratada de forma específica, assim como as suas necessidades e direitos de desenvolvimento. Neste momento, ocorre o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, atributos, coordenação das emoções e formas de se relacionar que serão de suma importância para o desfrute da adolescência e avocar funções adultas (OMS, 2014).

O adolescente vislumbra a possibilidade de sua progressiva autonomia tanto pessoal quanto financeira através da busca pela assunção de uma identificação profissional, sendo o meio mais aceito pela sociedade para se alcançar o *status* de indivíduo adulto. É por meio do trabalho também, que, entre outros aspectos, o adolescente busca sua interação e participação ativa na sociedade na qual o mesmo está inserido (CELESTE; SANTOS, 2013).

O processo de passagem do ensino médio para o ensino universitário ou para o primeiro emprego pode influenciar na construção dos seus projetos pessoais de vida devido às dificuldades enfrentadas pelos jovens, neste momento (SOBROSA; et al., 2012). Dentre as possibilidades de ingresso em curso superior, existe a carreira de Enfermagem.

A Enfermagem consiste em uma ciência e profissão. Entende-se uma profissão como aquela que possui: reconhecimento social; código de ética específico; legislação para o exercício profissional; saber produzido pelos que exercem suas práticas, sendo transmitido pelos que formam novos profissionais; e autonomia (PIRES, 2013).

Além disso, o referencial sobre a enfermagem para a população é, entre outros aspectos, construído a partir de experiências nos serviços de saúde (FONSECA; SILVA, 2012). Os adolescentes, por sua vez, necessitam de estratégias que os estimulem a estar presentes nas unidades de saúde. Isto demanda da equipe de saúde, em destaque, neste caso, os enfermeiros, o planejamento de atividades

atrativas e com assuntos críticos de interesse a esta faixa etária (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Considerando, ainda, os adolescentes como entes contemplados nas discussões em torno da saúde do escolar, os mesmos precisam estar próximos do profissional de saúde para tenham a oportunidade de conhecer como vivem e se comportam, com vistas a permitir avaliação de suas vulnerabilidades e sejam traçadas estratégias específicas para cada realidade social. E, a escola consiste em um equipamento social fundamental para a atuação dos profissionais da saúde como um todo, principalmente o enfermeiro (MOREIRA; et al., 2014).

Concebe-se, portanto, que compreender o modo pelo qual os adolescentes representam a enfermagem pode trazer implicações no campo da formação e carreira profissional, bem como na dinâmica das unidades de saúde. Na primeira dimensão, pois lança luz sobre os elementos que contribuem para subsidiar as escolhas profissionais no que concerne à enfermagem; e na segunda, pelos conteúdos imagéticos, informativos e atitudinais envolvidos no encontro entre enfermeiros e adolescentes nas práticas de cuidado em saúde.

O presente estudo apoia-se na Teoria das Representações Sociais (RS), a qual foi proposta por Serge Moscovici, em 1961. As RS podem ser entendidas como um conjunto de informações, ideias, opiniões e crenças que são organizados e estruturados pelos diversos grupos sociais a partir do universo das comunicações cotidianas sobre determinado objeto social (ABRIC, 2003; PIANELLI; ABRIC; SAAD, 2010).

As RS são compostas por dois subsistemas, sendo estes: o sistema central e o sistema periférico. O sistema ou núcleo central determina o significado e a organização das RS. Já o sistema periférico é mais leve e flexível e possui como funções: concretização, regulação, prescrição de comportamentos, proteção do núcleo central e personalização nas RS (ABRIC, 2003; PIANELLI; ABRIC; SAAD, 2010).

Diante do apresentado, os objetivos dessa pesquisa são: identificar o conteúdo das RS dos adolescentes à respeito da enfermagem; descrever a estrutura das RS de adolescentes sobre a enfermagem; e analisar as referidas RS entre adolescentes, considerando as especificidades do sexo masculino e feminino.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, cujo referencial teórico é a Teoria de Representações Sociais (TRS) (ABRIC, 2003; PIANELLI; ABRIC; SAAD, 2010).

Os participantes desta presente pesquisa foram adolescentes que se encontravam no 2º segmento do ensino fundamental (6º ao 9º ano) e no ensino médio (1º ao 3º ano), onde foi obtida uma amostra de 140 adolescentes. Os critérios de inclusão foram: estar na faixa etária da adolescência (10 a 19 anos); estarem com matrícula ativa em estabelecimentos de ensino pesquisados. Foram critérios de exclusão: ter sido ou estar matriculado e frequentando curso técnico-profissionalizante nas áreas de enfermagem e saúde.

Os cenários de coleta de dados foram três escolas estaduais para o ensino médio e três municipais para o 2º segmento do ensino fundamental de um município Norte Fluminense. A ida às escolas para a coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a novembro de 2016, em dias variados da semana, havendo convite a participantes dos turnos da manhã, tarde e noite.

Para a coleta de dados foi empregado questionário com: questões sociodemográficas e sobre aspectos de saúde; perguntas pertinentes ao objeto de estudo; e a técnica de evocações livres de palavras (TELP), conforme proposta metodológica da abordagem estrutural das RS.

A TELP é uma técnica que consiste no entrevistador propor uma palavra ou expressão relacionado aquilo que é pesquisado, sendo conhecido como termo indutor e, logo em seguida, requerer que o mesmo apresente, minimamente, três e, no máximo, cinco palavras ou expressões que lhe surjam à mente logo após ouvir determinado termo. Posteriormente, é solicitado ao entrevistado que hierarquize sua produção de evocações da mais importante (1) para a menos importante (5) diante do termo indutor (ABRIC, 2003; PIANELLI; ABRIC; SAAD, 2010). Na presente pesquisa, o termo indutor utilizado foi “enfermagem”.

Os dados sociodemográficos e as demais questões foram analisados com o auxílio do *software* SPSS v.17 e a análise estrutural das evocações livres associadas à teoria das RS foi possível com auxílio do *software* Ensemble de Programmes en Permettant L’analyse des Evocations (EVOC), versão 2005. Com o EVOC, obtém-se a frequência de cada termo evocado e, respectivamente, seu grau de importância para os participantes da pesquisa, denominado de ordem média de importância (OMI). A partir disso, é realizada uma análise cruzada entre os parâmetros quantitativo e qualitativo citados, para enfim haver a organização destes termos em um quadro de quatro casas (ABRIC, 2003; PIANELLI; ABRIC; SAAD, 2010).

Assim, o quadrante superior esquerdo, que corresponde à zona do núcleo central, comporta os conteúdos representacionais evocados mais frequente e mais importantes, logo com menor OMI. Os termos desta casa são, total ou parcialmente, centrais ou nucleares das RS estudadas. No quadrante inferior esquerdo encontram-se elementos com menor frequência, porém com maior importância, sendo chamada de zona de contraste (ABRIC, 2003; PIANELLI; ABRIC; SAAD, 2010).

Os quadrantes à direita, superior e inferior, representam a periferia das RS, pois: no primeiro caso, possui elementos mais frequentes, porém considerados menos importantes entre os conteúdos representacionais evocados; e, no segundo caso, possui menor frequência e menor atribuição de importância pelos participantes em relação ao objeto do estudo (ABRIC, 2003; PIANELLI; ABRIC; SAAD, 2010).

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa do Campus UFRJ – Macaé, com CAAE 55289016.7.0000.5699. Foram aplicados: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para participantes maiores de 18 anos; e o TCLE aos pais ou responsáveis e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), aos adolescentes, quando estes eram menores de 18 anos.

3 | RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, bem como de alguns aspectos ligados ao objeto estudo, evidenciou que ocorreu predominância de participantes do sexo feminino (59,3%), com oscilação das idades entre 12 e 19 anos e média de 16,7 anos ($DP \pm 2$), sendo majoritária a faixa etária de 18 anos ou mais (56,4%). Quanto à renda familiar, houve maior quantitativo de adolescentes com até três salários mínimos (67,1%). A escolaridade apresentou maior representação de alunos do ensino médio (74,3%).

A maioria dos adolescentes informou que não possui familiares com formação na área da enfermagem (70%), porém com distribuição limítrofe outras profissões de saúde (52,1%). Majoritariamente, tais sujeitos assinalaram, também, que já tiveram experiência de recepção de atendimento da enfermagem em serviços de saúde (67,1%), porém a minoria considerou ter vivenciado episódio de internação hospitalar (33,6%).

Houve predominância de participantes que afirmaram possuir unidade de saúde próximas às suas residências (55%), sendo a maioria representada pela atenção primária (45%). Sobre a participação em atividades educativas ofertada por ou sobre a enfermagem, observou-se maior quantitativo que não o fez ou não lembra (72,2%). Foi minoritária a proporção dos adolescentes que possuíam interesse em desenvolver formação profissional em enfermagem (60%). E, a principal fonte de informação sobre enfermagem foi a televisão (34,3%), seguida da internet, em geral (15%).

No que diz respeito às RS acerca da enfermagem, ocorreu a produção de 697 palavras ou expressões para o termo indutor “enfermagem”, sendo 72 dessas diferentes. A frequência mínima de uma palavra ou expressão para entrar na

composição do quadro de quatro casas foi determinada como 10. A frequência média e a média das ordens médias de importância das evocações foram calculadas com o auxílio do software EVOC, sendo determinadas, respectivamente, como 26 e 3,00. Tendo por base os parâmetros referidos, pôde-se produzir, com o auxílio do mesmo recurso de informática o quadro de quatro casas apresentado na Figura 1.

Média das OMI	< 3,0			≥ 3,0		
Frequência de evocação média	Termo evocado	Frequência de evocação	OMI	Termo evocado	Frequência de evocação	OMI
≥ 26	Hospital	52	2.885	Injeção	64	3.422
	Cuidar-cuidado	46	2.435			
	Saúde	38	1.737			
	Medicamento	37	2.838			
	Dedicação	29	2.931			
	Doença	28	2.714			
	Sangue	28	2.857			
< 26	Responsabilidade	23	2.522	Roupa-Branca	21	4.048
	Amor	19		Empatia	20	3.000
	Médico	14	2.737	Ajudar	16	4.154
	Enfermeiro	12	2.929	Soro	13	3.000
	Salvar-vidas	10	2.583	Cirurgia	13	3.455
			2.200	Curativo	11	

Figura 1 – Quadro de quatro casas ao termo indutor “Enfermagem”. Macaé, 2016.

No quadrante superior esquerdo, que consiste na zona do provável núcleo central das RS em questão, foram observados as seguintes evocações: *cuidar-cuidado*; *dedicação*; *doença*; *hospital*; *medicamento*; *sangue*; e *saúde*. Assim, pode-se considerar que, possivelmente, os adolescentes representam: a enfermagem desenvolve como prática de cuidar-cuidado, ligada ao processo de saúde e doença, o que demanda dedicação dos seus profissionais, tendo como espaço de execução o hospital, com destaque a ações envolvendo medicamentos e sangue. Destaca-se, ainda, que o termo mais frequente neste quadrante foi *hospital* ($f=52$), sendo *saúde* aquele avaliado pelos participantes como o mais importante no contexto das RS da enfermagem $OMI=1,737$) (Figura 1).

No quadrante inferior esquerdo são encontrados os seguintes termos evocados: *responsabilidade* e *salvar vidas*, respectivamente, o mais frequente ($f=23$) e aquele com maior importância nesta casa ($OMI=2,200$); *amor*; médico; e *enfermeiro*.

O quadrante superior direito, que corresponde à primeira periferia das RS em estudo, identificou-se apenas o termo *injeção*, que possui maior frequência entre as evocações constantes no quadro de quatro casas ($f=64$). Por sua vez, no quadrante inferior direito, considerada como a segunda periferia das RS, foi possível observar os termos: *roupa branca*; *empatia*; *ajudar*; *cirurgia*; *soro*; e *curativos*.

Considerando a análise das RS da enfermagem para o grupo de adolescentes

do sexo feminino, foram produzidas 415 evocações, entre as quais 67 eram diferentes. O valor mínimo de frequência de evocação de um termo para figurar no quadro de quatro casas foi de 7. Com o auxílio do *software* EVOC, foi possível calcular a frequência média de aparição dos termos evocados em 17, bem como a média das ordens médias de importância das evocações em 3,00. Assim, foi possível a produção do quadro de quatro casas conforme a Figura 2.

OMI	< 3,0			≥ 3,0		
Frequência de evocação média	Termo evocado	Frequência de evocação	OMI	Termo evocado	Frequência de evocação	OMI
≥17	Cuidar-cuidado	34	2.294	Injeção	34	3.500
	Medicamento	22	2.545	Dedicação	22	3.227
	Saúde	21	1.810			
	Hospital	20	2.800			
	Sangue	19	2.737			
≥7 <16	Responsabilidade	15	2.733	Roupa-branca	15	4.067
	Amor	15	2.467	Empatia	14	3.071
	Ajudar	12	2.917	Soro	9	3.889
	Doença	10	2.400	Formação	8	3.625
	Salvar-vidas	9	2.111			
	Orientação	7	2.286			

Figura 2 – Quadro de quatro casas ao termo indutor “Enfermagem” entre adolescentes do sexo feminino. Macaé, 2016.

No quadrante superior esquerdo, observa-se os termos: *cuidar-cuidado*, sendo o mais frequente no quadro ($f=34$); *hospital*; *medicamento*; *sangue*; e *saúde*, avaliado como mais importante no quadro (OMI=1,810). Este quadro de quatro casas difere daquele da totalidade da amostra apenas pela ausência de *doença* e *dedicação* (Figura 2).

No quadrante inferior esquerdo são encontradas as evocações: *ajudar*, *amor*, *doença*, *orientação*, *responsabilidade* e *salvar vidas*. Neste caso, comparando-se ao quadro de quatro casas na Figura 1, pode-se observar a ausência dos termos *enfermeiro* e *médico*. E, tem-se o acréscimo das palavras *doença* e *orientação*. Cabe destacar que este último não havia surgido no quadro de quatro casas das evocações para a totalidade da amostra.

O quadrante superior direito é composto pelos termos *injeção* e *dedicação*. Neste caso, a palavra referida possui frequência de aparição igual à expressão *cuidar-cuidado* no quadrante superior esquerdo, com menor OMI. Por sua vez, no quadrante inferior direito foram identificados: *formação*; *empatia*; *roupa branca*; e *soro*. Destaca-se a presença da primeira palavra citada apenas neste quadro para

o sexo feminino.

Haja vista a análise das RS da enfermagem para o grupo de adolescentes do sexo masculino, foram produzidas 282 evocações, entre as quais 56 eram diferentes. O valor mínimo de frequência de evocação de um termo para figurar no quadro de quatro casas foi de 5. Com o auxílio já mencionado foi possível calcular a frequência média de aparição dos termos evocados em 12, bem como a média das ordens médias de importância das evocações em 3,00. Deste modo, foi possível a produção do quadro de quatro casas conforme a Figura 3.

OMI	< 3,0			≥ 3,0		
Frequência de evocação média	Termo evocado	Frequência de evocação	OMI	Termo evocado	Frequência de evocação	OMI
≥ 12	Hospital	32	2.938	Injeção	30	3.333
	Doença	18	2.889		Medicamento	15
	Saúde	17	1.647			
	Cuidar-cuidado	12	2.833			
≥ 5 < 11	Médico	10	2.700	Sangue	9	3.111
	Enfermeiro	8	2.125	Cirurgia	9	3.000
	Responsabilidade	8	2.125	Curativo	6	3.167
	Dedicação	7	2.000	Empatia	6	3.833
	Tratamento	5	2.200	Roupa-branca	6	4.000

Figura 3 – Quadro de quatro casas ao termo indutor “Enfermagem” entre adolescentes do sexo masculino. Macaé, 2016.

Nesta perspectiva, no quadrante superior esquerdo foram identificados os termos: *cuidar-cuidado*; *doença*; *hospital*, sendo o mais frequente no quando ($f=32$); e *saúde*, considerada o mais importante entre aqueles nos quadrantes ($OMI=1,647$). A configuração desta casa difere daquela do quadro para sua totalidade da amostra pela primeira demonstrar ausência dos termos *dedicação*; *medicamento*; e *sangue*. Distingue-se também da zona do provável núcleo central das RS analisadas para o sexo feminino, pois não esta última apresentou o termo *doença* e comportou ainda *medicamento* e *sangue* (Figura 3).

O quadrante inferior esquerdo, constatou-se os termos: *dedicação*, *enfermeiro*, *médico*, *responsabilidade* e *tratamento*. Neste caso, comparando-se ao quadro de quatro casas na sua totalidade, podemos observar a ausência dos termos *amor* e *salvar vidas*, enquanto houve acréscimos dos termos *dedicação* e *tratamento*. O termo *tratamento*, por sua vez, se destaca, pois não foi encontrado no quadro de quatro casas das Figuras 1 e 2.

Quanto ao quadrante superior direito, foi composto pelas evocações *injeção* e *medicamento*, sendo a primeira a segunda mais frequente no quadro de quatro casas (f=30). Por sua vez, o quadrante inferior direito, comporta os termos: *curativo*; *cirurgia*; *empatia*; *roupa branca*; e *sangue*, apresentando diferença de apenas um elemento nesta casa em comparação com aquela da amostra total da pesquisa e dois componentes representacionais em comum com o grupo do sexo feminino.

4 | DISCUSSÃO

Uma representação não deve ser entendida como um reflexo direto e reproduzido da realidade. Ela deve ser entendida como uma organização significativa e estruturada que surge a partir de informações, experiências, opiniões e atitudes, sendo composto por dois subsistemas: um sistema central ou núcleo central; e um sistema periférico (ABRIC, 2003; PIANELLI; ABRIC; SAAD, 2010).

Considerando-se as disposições acerca das dimensões do núcleo central (ABRIC, 2003), no que se refere as representações sociais sobre a enfermagem para adolescentes escolares, pode-se apontar a presença de termos de ordem normativa e funcional. Quanto à ordem normativa, temos a representação dos termos: *cuidar-cuidado*, *saúde*, *doença* e *dedicação*. Já os elementos de ordem funcional, são representados por: *hospital*, *medicamento* e *sangue*.

O termo *hospital*, no que diz respeito à Enfermagem, mostra que os adolescentes possuem uma provável visão de que o hospital é o único local de atuação da profissão ou, ao menos, o mais frequente ou importante. Este achado pode se fazer presente devido ao fato de que o Brasil, na sua história recente, até a década de 80, adotou de forma marcante, um modelo de assistência à saúde voltada ao indivíduo e à tecnologia dura, concentrada em unidades terciárias de cuidados à população. Assim, ainda é possível encontrar reflexos deste modelo hospitalocêntrico, na atualidade, inclusive, em diversos pontos do itinerário formativo nos cursos de graduação na área de saúde e enfermagem e, com isso, há a necessidade de reestruturação operativa e simbólica de valorização da rede básica de saúde (PEREIRA; FERREIRA, 2014).

Com isso, faz-se necessária uma maior participação da enfermagem nos meios onde os adolescentes estão inseridos visto que não houve conteúdos representacionais relacionados à atenção primária, tendo como maior meio de vinculação a escola. Esta última escola não deve ser enxergada pela sociedade, apenas como meio de educação e conhecimento, mas também como um local viável de produção de saúde, onde o enfermeiro como educador em saúde, pode atuar contribuindo para uma melhor qualidade de vida, crescimento e desenvolvimento dos adolescentes (COSTA; FIGUEREDO; RIBEIRO, 2013).

A identificação do *cuidar-cuidado* na zona do núcleo central das RS consiste em aspecto relevante para a área científica e profissão em questão, pois muitos autores atribuem ao cuidar a essência da Enfermagem e entende-se que o cuidar está intimamente ligado à Enfermagem (PIRES, 2013).

No que diz respeito ao termo *saúde*, a Enfermagem pode ser entendida pelos adolescentes como uma profissão integrante do campo de prática se dedica à cuidar saúde da população. Como atribuições da enfermagem estão promoção e prevenção em saúde, tendo o enfermeiro o papel de educador em saúde e de cuidados intimamente ligados ao reestabelecimento clínico (PIRES, 2013).

Por outro lado, tomada o conteúdo representacional *saúde*, em conjunto com a evocação *doença*, bem como o *hospital*, pode-se depreender que o sentido, neste caso, provavelmente atribuído para o primeiro termo citado seria o de saúde como ausência de doença. Este significado é mais limitante para as práticas e ações em saúde integral.

O termo *medicamento* surgiu igualmente como provável núcleo central da representação. No meio hospitalar, o trabalho da equipe de enfermagem está voltado para a reabilitação da pessoa, sendo então responsável pela realização dos cuidados contínuos e dentre suas atribuições está o preparo e administração de medicamentos, entre os quais estão aqueles por via endovenosa. Esta caracteriza-se como uma das mais frequentes atribuições, que exige responsabilidade no seu desenvolvimento, que é partilhado com a equipe de enfermagem, com a supervisão do enfermeiro (SANTOS; et al., 2014).

Cabe ressaltar que, nesta perspectiva descrita, pode se inserir a presença de *sangue* também entre os elementos com características prototípicas para a centralidade nas RS estudadas, haja vista sua associação aos procedimentos necessários para o estabelecimento de vias de acesso a determinados fármacos ou coleta de material sanguíneo para outros fins.

Dedicação também surge como um provável núcleo central. A dedicação, dentre outros atributos, está ligada ao cuidado e fundamenta, até no plano ético e deontológico, a prática profissional da enfermagem (SOBRAL; et al., 2013).

O termo *injeção* encontra-se alocado no quadrante superior direito, ou seja, na primeira periferia das RS em questão, sendo inclusive o mais saliente, quantitativamente. Os termos dispostos na primeira periferia, são considerados os mais importantes dentro da periferia da representação (ABRIC, 2003). Segundo alguns autores, considerando-se a alta frequência dos termos evocados na primeira periferia, como é o caso deste termo, alguns dos mesmos podem fazer provavelmente parte do núcleo central, devendo-se levar em consideração de que estes elementos devem ter conexão e afinidade com elementos presentes no núcleo (PECORA; SÁ, 2008). Partindo de tal pressuposto, pode-se propor a hipótese de que o termo

injeção se constitui como candidato à centralidade nestas representações e reforça diretamente a lógica ensejada nos conteúdos *medicações* e *sangue*.

No que diz respeito à comparação das RS entre os sexos, pode-se dizer que não expressam representações sociais substancialmente distintas, pois partilham os conteúdos *hospital*, *saúde* e *cuidar-cuidado*, diferindo por *doença* específico ao sexo masculino e *medicamento* e *sangue* para o sexo feminino. Entretanto, *medicamento* ainda se encontra na primeira periferia no sexo masculino, podendo, portanto, ser central, por sua associação simbólica aos elementos no quadrante superior esquerdo e valor de OMI próximo daquele de corte (PECORA; SÁ, 2008). E, segundo a abordagem estrutural das RS, duas representações apenas são distintas se assim de fato o forem seus núcleos centrais (PIANELLI; ABRIC; SAAD, 2010).

Assim, parece ocorrer uma diferenciação entre adolescentes do sexo masculino e sexo feminino segundo a ativação de mais elementos funcionais para o segundo subgrupo do que para o primeiro. Este padrão pode estar relacionado com o fato que, em geral, a enfermagem possui maior proporção de interesse entre no sexo feminino e, segundo a abordagem estrutural das RS, a assunção simbólica de maior proximidade ao objeto de estudo está relacionada com apresentação de núcleo central de elementos mais ativados funcionalmente (ABRIC, 2003).

5 | CONCLUSÃO

No que se refere aos termos evocados, foram identificadas RS da enfermagem como uma como prática de cuidado, no contexto do processo de saúde-doença. Tal prática demanda dedicação dos seus profissionais e o hospital seria seu espaço de desenvolvimento, havendo destaque para as ações envolvendo medicamentos e sangue. E, não foi possível identificar diferenciação substancial em tais RS segundo a variável sexo, mas modo específico de ativação mais funcional do provável núcleo central para as adolescentes.

Assim, mostrou-se relevante a ausência na estrutura representacional de conteúdos acerca da Enfermagem que remetessem ao seu processo de atuação na atenção primária à saúde, considerando as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Especialmente, pelo fato de que este campo de atividades mostra-se relevante para a melhoria da qualidade de vida na adolescência, haja vista os problemas de saúde mais frequência nesta fase do ciclo vital. Cabe, portanto, análises posteriores acerca dos aspectos que estão envolvidos da determinação desta configuração representacional, que pode estar implicada na interação e vínculo dos adolescentes com a Enfermagem nos espaços da atenção básica à saúde.

Pensa-se, de todo modo, que a presença cada mais expressiva da Enfermagem

na promoção à saúde e qualidade de vida na adolescência nos espaços em que convivem os adolescentes pode contribuir para a mudança nas RS identificadas neste estudo. Neste sentido, ressalta-se a importância da atuação da Enfermagem em iniciativas como o Programa de Saúde do Escolar e, também, no desenvolvimento de ações que atraiam este grupo para as unidades de saúde.

E, deve-se considerar que estas participações, além do impacto na saúde na adolescência, podem ser profícuas para despertar maior interesse vocacional à área profissional em questão entre os escolares, pois que contribui para ampliação da representação sobre os possíveis campos de atuação da Enfermagem. Neste sentido, ações educativas diretamente com os adolescentes sobre a profissão de Enfermagem, igualmente, se mostram pertinentes.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J-C. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M.C.S. (org). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Editora UCG, 2003. p. 37-57.
- CELESTE, L.C.; SANTOS, C.O. Relação da performance comunicativa com a inserção no mercado de trabalho: visão de estudantes do ensino médio. **Adolescência & Saúde**, v. 10, n. 1, p. 30-6, 2013.
- COSTA, G.M.; FIGUEREDO, R.C.; RIBEIRO, M.S. A importância do Enfermeiro junto ao PSE nas ações e educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi – TO. **Revista Científica do ITPAC**, v. 6, n. 2, 2013.
- COSTA, R.F.; QUEIROZ, M.V.O.; ZEITOUNE, R.C.G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 6, n. 3, p. 466-72, 2012.
- FONSECA, L.F.; SILVA, M.J.P. Desafiando a imagem milenar da enfermagem perante adolescentes pela internet: impacto sobre suas representações sociais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. supl., p. 54-62, 2012.
- MOREIRA, P.N.O.; et al. Assistência de enfermagem ao adolescente no âmbito escolar: uma pesquisa documental. **Revista de enfermagem da UERJ**, v. 22, n. 2, p. 226-32, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Adolescência**: um período que necessita de atenção especial. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>. Acesso em: 13 maio 2015.
- PECORA, A.R.; SÁ, C.P. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá, ao longo de três gerações. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21, p. 319-25, 2008.
- PEREIRA, R.T.A.; FERREIRA, V. A Consulta de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. **Revista UNIARA**, v. 17, n. 1, p. 99 – 111, 2014.
- PIANELLI, C.; ABRIC, J-C.; SAAD, F. Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d’ancrage et structuration d’une nouvelle représentation. **Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, v. 86, p. 241-74, 2010.
- PIRES, D.E.P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar.

Revista Brasileira de Enfermagem, v.66, n. esp, p. 39 – 44, 2013.

SANTOS, D.S.; et al. Segurança do paciente: fatores causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 2, n. 2, p.19-30, 2014.

SOBRAL, P.H.A.F.; et al. Atuação de enfermagem em serviços de emergência: revisão sistemática. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (online)**, v. 5, n. 4, p. 396-7, 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1655/pdf_893. Acesso em: 24 jun 2015.

SOBROSA, G.M.R.; et al. Considerações acerca da inserção profissional de jovens do ensino médio. **Psicologia da Saúde**, v. 20, n. 1-2, p. 41-9, 2012.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 27/11/2019

Lilian Christianne Rodrigues Barbosa

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

Luana Jeniffer Souza Farias da Costa

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió - AL.

Lucilo José Ribeiro Neto

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes e Universidade Federal de Alagoas, Maceió - AL

Paula Alencar Gonçalves

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

Thaysa Alves Tavares

Hospital do Coração de Alagoas, Maceió - AL

Mércia Lisieux Vaz da Costa

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes e Maternidade Escola Santa Mônica, Maceió – AL

Jane Keyla Souza dos Santos

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

RESUMO: INTRODUÇÃO: A triagem neonatal (TN) busca identificar doenças antes que sintomas sejam aparentes. Atualmente, constitui-se do teste do pezinho (TP), teste do reflexo-vermelho “teste do olhinho”, TN auditiva “teste da orelhinha” e a triagem para cardiopatia congênita “teste do coraçãozinho”. **OBJETIVO:**

Relatar a atuação do Enfermeiro na TN em uma maternidade de alto risco. **METODOLOGIA:** Relato de experiência, realizado na Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), Maceió/AL, no período de abril/2016 a junho/2017. **RESULTADOS:** Os testes são realizados no alojamento conjunto (ALCON) antes da alta hospitalar e têm sido implementados dentro das Unidades de Cuidados Intermediários (UCI). Para o TP, existe um Centro de Referência em TN (Casa do Pezinho) pertencente a MESM, oferecendo o posto de coleta para realização do TP e profissionais aptos para tratar e acompanhar os pacientes portadores de fenilcetúria, hipotireoidismo congênito e doenças falciformes. Um profissional específico passa no ALCON e UCI para a realização da coleta. Para o teste do olhinho e do coraçãozinho, um Enfermeiro capacitado em cursos específicos para cada exame. O da orelhinha e da linguinha são feitos por um Fonoaudiólogo. Quando alterados, as crianças são encaminhadas para avaliação com o médico especialista e acompanhamento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** O Enfermeiro está envolvido na execução dos testes de triagem que contribuem na identificação precoce de doenças nos recém-nascidos, favorecendo tomada de medidas seguras, evitando complicações graves. **CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:**

Proporcionar conhecimento e atualizações sobre os testes de TN e atuação do Enfermeiro nestes. A importância da promoção de capacitações, frequentemente, permitindo que mais Enfermeiros estejam aptos para realizar os testes. Contribuindo na redução do índice de morbimortalidade pelas doenças identificadas precocemente, nestes exames.

PALAVRAS-CHAVE: Triagem neonatal. Assistência de Enfermagem.

NURSE'S ACTION IN THE NEONATAL TRIAL: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: INTRODUCTION: Neonatal screening (TN) seeks to identify diseases before symptoms are apparent. Currently, the foot reflex test (TP), red reflex test “eye test”, auditory TN “ear test” and a screening for congenital heart disease “heart test”.

OBJECTIVE: To apply a nurse's role in TN in a high-risk maternity hospital. **METHODS:** Experience report, carried out at the Santa Monica Maternity School (MESM), Maceió/AL, from April/2016 to June/2017. **RESULTS:** The tests are performed in the joint accommodation (ALCON) before hospital discharge and were implemented within the Intermediate Care Units (ICU). For TP, there is a MESM Reference Center in TN, providing or collecting station to perform TP and professionals able to treat and monitor patients with phenylketeturia, congenital hypothyroidism and sickle cell disease. A specific professional does not come to ALCON and UCI for the collection. To test the eye and heart, a trained Nurse uses for each exam. Ear and tongue tests are done by a speech therapist. When altered, children are referred for evaluation with the specialist doctor and outpatient follow-up. **CONCLUSION:** The nurse is involved in the performance of screening tests that contributed to the early identification of diseases in newborns, favoring the taking of safety measures, avoiding serious complications. **CONTRIBUTIONS TO NURSING:** Provide knowledge and updates on the TN tests and performance of nurses in these. The importance of capacity building often enables more nurses to be able to perform the tests. Contributing to reduce the morbidity and mortality rate due to the diseases identified early in these tests.

KEYWORDS: Neonatal screening. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A triagem neonatal (TN) consiste na realização de exames buscando identificar doenças ou disfuncionalidades no recém-nascido, antes do período sintomático. Este rastreamento viabiliza condições para intervenções precoces através de tratamentos especializados. Este é um direito garantido a todas as crianças nascidas no Brasil, ratificada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como estratégia para fortalecimento das ações preventivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016).

Atualmente, o agrupamento de exames proposto pelo Ministério da Saúde para o programa de TN, inclui: o teste do pezinho (TP), o teste do reflexo-vermelho “teste do olhinho”, a TN auditiva “teste da orelhinha” e a triagem da cardiopatia congênita, o “teste do coraçãozinho”.

O TP identifica seis tipos de doenças: a fenilcetonúria, o hipotireoidismo congênito, a doença falciforme e outras hemoglobinopatias, a fibrose cística, a deficiência de biotinidase e a hiperplasia adrenal congênita. É realizado através de gotas sanguíneas colhidas do pé do recém-nascido entre o 3º e o 5º dia de vida. Possui garantia de atendimento com médicos especialistas a todos os pacientes triados. Para as seis doenças detectadas no programa, há tratamento adequado, gratuito e acompanhamento por toda a vida ofertado pelo SUS (BRASIL, 2017).

O “teste do olhinho” identifica alterações que provocam obstrução no eixo visual, como a catarata, o glaucoma congênito e outros problemas. A identificação precoce possibilitará o tratamento no tempo certo e o desenvolvimento normal da visão (BRASIL, 2017).

A triagem auditiva neonatal popularizado como “teste da orelhinha”, é o exame de emissões otoacústicas evocadas que busca o reconhecimento de perdas auditivas maiores ou iguais a 35 dBNA, preferencialmente antes da alta hospitalar (Dias; Paschoal; Cavalcanti, 2017). Pela baixo custo e simplicidade de sua execução, permitiu o reconhecimento de um perfil de risco por Silva, Bento & Silva (2018), incluindo recém-nascidos prematuros e com tempo de internamento em unidade de terapia intensiva neonatal maior que cinco dias, sob o reconhecimento de elevada incidência de infecções congênitas (Silva; Bento; Silva, 2018).

A lei nº 13.002 de 20 junho de 2014 estabeleceu no Brasil a obrigatoriedade da avaliação do frênulo lingual dos recém-nascidos em todas as instituições de saúde. Popularmente chamado teste da linguinha, identifica se há limitações nos movimentos da língua, importantes para a sucção, deglutição e respiração, com impactos sobre o crescimento corporal e desenvolvimento da fala (NASCIMENTO; SOARES; COSTA, 2015; BRASIL, 2014).

Já o “teste do coraçãozinho” realiza a medição da saturação de oxigênio do sangue e os batimentos cardíacos do com o auxílio de um oxímetro de pulso posicionado na mão direita e no pé do RN. Se detectado alguma alteração, o bebê é encaminhado para fazer um ecocardiograma. Se alterado, é encaminhado para tratamento orientado por médico especialista (BRASIL, 2017).

A abrangência desta política nacional depende de ações executadas em maternidades e hospitais onde os partos são realizados e reforçam as estratégias de prevenção em saúde direcionadas aos recém-nascidos. E, neste contexto, os profissionais enfermeiros atuam diretamente como agentes promotores destes cuidados, além de proverem novos dados em saúde, para conhecimento do perfil

epidemiológico neonatal brasileiro. Neste sentido, buscou-se relatar a atuação do enfermeiro na TN em uma maternidade de alto risco.

2 | MÉTODOS

Relato de experiência, vivenciado por Enfermeiras nos setores do Alojamento Conjunto e Unidade de Terapia semi-Intensiva neonatal na Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), Maceió/AL, no período de abril/2016 a junho/2017.

3 | RESULTADOS

Os testes são realizados no alojamento conjunto (ALCON) antes da alta hospitalar e têm sido implementados dentro das Unidades de Cuidados Intermediários (UCI). Para o TP, existe um Centro de Referência em TN (Casa do Pezinho) pertencente a MESM, oferecendo o posto de coleta para realização do TP e profissionais aptos para tratar e acompanhar os pacientes portadores de fenilcetúria, hipotireoidismo congênito e doenças falciformes. Um profissional específico passa no ALCON e UCI para a realização da coleta.

Para o teste do olhinho e do coraçãozinho, um Enfermeiro capacitado em cursos específicos para cada exame. O da orelhinha e da linguinha são feitos por um Fonoaudiólogo. Quando alterados, as crianças são encaminhadas para avaliação com o médico especialista e acompanhamento ambulatorial.

4 | CONCLUSÃO

O Enfermeiro está envolvido na execução dos testes de triagem que contribuem na identificação precoce de doenças nos recém-nascidos, favorecendo tomada de medidas seguras, evitando complicações graves.

5 | CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

Proporcionar conhecimento e atualizações sobre os testes de TN e atuação do Enfermeiro nestes. A importância da promoção de capacitações, frequentemente, permitindo que mais Enfermeiros estejam aptos para realizar os testes. Contribuindo na redução do índice de morbimortalidade pelas doenças identificadas precocemente, nestes exames.

REFERÊNCIAS

Brasil, Portal do Governo Brasileiro. Ministério da Saúde. **Exames da Triagem Neonatal**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Cartilha do teste da linguinha: para mamar, falar e viver melhor. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2014.

DIAS, Wellyda Cinthya Félix Gomes da Silva; PASCHOAL, Monique Ramos; CAVALCANTI, Hannalice Gottschalck. **Análise da cobertura da triagem auditiva neonatal no Nordeste brasileiro**. *Audiol., Commun. Res.*, São Paulo , v. 22, e1858, 2017.

SILVA, Alessandra Aparecida da; BENTO, Daniela Veronese; SILVA, Laysa Nathália Favacho Barbosa. **Ocorrência dos indicadores de risco para a deficiência auditiva em um centro de saúde do Rio Grande do Sul**. *Audiol., Commun. Res.*, São Paulo , v. 23, e1919, 2018.

NASCIMENTO, Layane Silva do; SOARES, Valdilene da Silva Santos; COSTA, Tatiana Leonel da Silva. **Teste da linguinha: diagnóstico situacional sobre a aplicabilidade do protocolo em neonatos do Distrito Federal**. *Rev. CEFAC*, São Paulo , v. 17, n. 6, p. 1889-1899, Dec. 2015.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 27/11/2019

Gabriel Frazão Silva Pedrosa

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ

Lidiane Andréia Assunção Barros

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA

RESUMO: A assistência de enfermagem frente o desenvolvimento infantil possui enorme significância, uma vez que, o desenvolvimento diz respeito a múltiplas transformações de maneira contínua, dinâmica e progressiva, que integra, além do crescimento a maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais. A problemática deste estudo consiste na necessidade em conhecer o papel do Enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil. Objetivou-se descrever práticas em uma Unidade Básica de Saúde, por acadêmicos do curso de Enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, sendo relato de experiência a partir de vivências de acadêmicos de Enfermagem em uma UBS no período compreendido entre agosto a novembro de 2014, durante atividades da disciplina de Saúde Coletiva. No decorrer das vivências foram realizadas técnicas do serviço

de Enfermagem no atendimento dos infantes, como a consulta de Enfermagem, bem como, aplicação de projeto de educação em saúde. Ao longo das atividades, orientações foram dadas no exercício do projeto como ferramenta de auxiliar o processo educacional. Nos registros de Enfermagem tornou-se possível aplicar a teoria sobre os marcadores de desenvolvimento infantil, contribuindo para percepção da assistência prestada pelo Enfermeiro neste âmbito. É notório que, a realização de práticas em unidades de atendimento de saúde auxilia no processo de formação dos acadêmicos para que estes tenham um aporte na profissão, sem contar que, por meio destas vivências, enriquecem o aprendizado do conteúdo repassado de forma teórica, formando-os profissionais técnico-científicos. Atividades como as realizadas no projeto servem para manter uma aproximação da comunidade com a unidade, garantindo um desenvolvimento infantil adequado.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde Pública; Saúde da Criança.

**NURSE'S ACTING IN FOLLOW-UP OF CHILD
DEVELOPMENT IN BASIC CARE**

ABSTRACT: Nursing care in the face of child

development has enormous significance, since development concerns multiple transformations in a continuous, dynamic and progressive way, which integrates, in addition to growth, maturation, learning and psychic and social aspects. The problem of this study is the need to know the role of the nurse in promoting child development. This study aimed to describe practices in a Basic Health Unit by nursing students. This is a descriptive study, being an experience report from the experiences of nursing students in a UBS from August to November 2014, during activities of the Collective Health discipline. Throughout the experiences were performed techniques of the Nursing service in the care of infants, such as nursing consultation, as well as application of health education project. Throughout the activities, guidance was given during the project as a tool to assist the educational process. In Nursing records it became possible to apply the theory about markers of child development, contributing to the perception of the care provided by the nurse in this area. It is notorious that the practice of practices in health care units assists the process of education of academics so that they have a contribution in the profession, not to mention that, through these experiences, enrich the learning of content passed on theoretically, forming -the technical-scientific professionals. Activities such as those carried out in the project serve to keep the community closer to the unit, ensuring adequate child development.

KEYWORDS: Nursing; Public health; Child Health.

1 | INTRODUÇÃO

O período inicial da vida é interpretado como uma fase de significativas mudanças nas condições físicas e neuropsicomotoras do desenvolvimento, requerendo um contínuo monitoramento para detecção de maneira precoce de possíveis problemas de saúde que venham a acometer uma criança (REICHERT et al., 2015).

Em 2004, o Ministério da Saúde estabeleceu a adoção de estratégias direcionadas à redução da mortalidade infantil. Entre as medidas adotadas está elencado o monitoramento do desenvolvimento infantil por meio da vigilância em saúde (RUGOLO, 2012).

A vigilância com relação ao desenvolvimento infantil na atenção primária de saúde diz respeito à todas as atividades que tenham íntima relação com a promoção de desenvolvimento e detecção de problemas que impliquem no pleno desenvolvimento de uma criança. É visto como um recurso contínuo e flexível, que envolve as mais diversas informações por parte de profissionais de saúde, pais/cuidadores, professores, amigos, entre outros personagens. (BLAIR, 2006)

Recomenda-se que o levantamento das informações pertinentes ao desenvolvimento infantil tenha seu início desde a concepção até os primeiros

anos de vida, acompanhando o crescimento físico concomitante à maturação neurológica, comportamental, cognitiva e sócio afetiva da criança, o que pode representar um período intenso de intervenções em saúde (RUGOLO, 2012). Dentre estas intervenções insere-se a consulta de enfermagem ou puericultura, é uma estratégia de atendimento privativa do profissional enfermeiro que têm como intuito acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças, com ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde da criança (LUCIANO et al., 2014).

Todos os marcos do desenvolvimento devem ser identificados e registrados, conferindo à criança a condição de competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida (RUGOLO, 2012).

Considerando que a Atenção Básica é porta de entrada de todos os serviços básicos de saúde prestados à comunidade, estabelecendo elo com crianças que apresentam potencial de risco para atraso em seu desenvolvimento, torna-se premente discutir acerca da qualificação dos profissionais que atendem este público (REICHERT et al, 2015; ENGLE et al, 2011)

O objetivo do presente estudo é relatar as vivências práticas de acadêmicos de Enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de São Luís - MA.

2 | METODOLOGIA

Relato de experiência, de caráter descritivo. Os procedimentos metodológicos empregados neste estudo basearam-se na metodologia da pesquisa descritiva e exploratória, a qual permite que o pesquisador, ao agir observando determinados fenômenos venha conseguir resultados ao término de sua pesquisa, que proporcionem o entendimento destes fenômenos. (SCHNEIDER; ZANETTE; CECHELLA, 2016)

A cidade de São Luís, capital do Maranhão, formou-se na península que avança sobre o estuário dos rios Anil e Bacanga, fundada em 8 de setembro de 1612, pelos franceses, a capital maranhense encontra na homenagem ao então Rei da França, Luís XIII, as raízes da sua nomenclatura: São Luís. (BRASIL, 2010)

Com uma população residente totalizando cerca de 1.014.837 habitantes, possui cerca de 75.491 meninos e meninas com idade entre zero e quatro anos. A cidade dispõe de cerca de 70 Unidades de Saúde distribuídas em sete distritos sanitários. (SÃO LUÍS, 2010) (BRASIL, 2010)

A UBS oferece atendimentos diversos inerentes à atenção primária de saúde, com oferta de consultas de acompanhamento de saúde realizadas por profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, dentistas, entre outros, e com atenção especializada à portadores de doenças

crônicas, como hipertensos e diabéticos por meio de programas de atenção à esses clientes.

Os dados apresentados compreendem o período de realização das atividades de agosto a novembro de 2014, durante as vivências práticas da disciplina relacionada à Saúde Coletiva de uma instituição privada da região.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, obedecendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, dispensando-se de apreciação ética por não tratar de dados dos participantes, tampouco dos pacientes.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as visitas à UBS foram realizados atendimentos pelo serviço de Enfermagem prestados aos infantes. Durante a consulta de Enfermagem, foram monitorados os marcos do desenvolvimento por meio da caderneta da criança, além de levantamento da história clínica do paciente por meio da entrevista, associada à aplicação do exame físico. Posteriormente, foram definidos os diagnósticos de Enfermagem, prescrição e implementação de assistência, prosseguidas pela anotação de Enfermagem no prontuário.

Foi possível identificar que a consulta de Enfermagem é uma significativa estratégia, que permite o fortalecimento dos vínculos familiares, contribuindo para a promoção do desenvolvimento integral da criança. Por meio da consulta de Enfermagem, foi possível identificar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, bem como a implementação de medidas de promoção da saúde, como o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, orientação quanto ao esquema de imunização da criança, a orientação para identificação de sinais de perigo e busca por serviços de emergência, contribuindo indiretamente para o estabelecimento de ambientes seguros e a construção de vínculos entre enfermeiro-família-criança. (LUCIANO et al., 2014) (SAPAROLLI; ADAMI, 2007)

Há evidências científicas que discutem os riscos para problemas no desenvolvimento infantil, classificados em biológicos ou ambientais. Os eventos biológicos dizem respeito às ocorrências nos períodos pré, peri e pós-natais que possam resultar em danos biológicos a criança e que aumentam a probabilidade de prejuízo ao desenvolvimento. Já os eventos ambientais estão associados as experiências de vida ligadas à família, ao meio ambiente e sociedade, como as condições precárias de saúde, insuficiência de recursos socio-educacionais, violência, abusos, entre outros. (SILVA, 2013)

As apresentações clínicas dos problemas no desenvolvimento infantil podem se apresentar de diversas maneiras, e podem ser de ordem motora, linguística,

auditiva, na interação social, visual ou mental. Em alguns casos pode haver comprometimentos que afetam mais de uma função e a criança apresenta alterações funcionais mistas em seu desenvolvimento. (BRASIL, 2012)

Durante as práticas na UBS os acadêmicos puderam utilizar a caderneta de saúde da criança, instrumento disponibilizado pela unidade que consta os marcos do desenvolvimento infantil, com o propósito de vigiar o progresso deste desenvolvimento, avaliando os possíveis riscos de problemas que pudessem sofrer em seu desenvolvimento, e orientando quanto as condutas a serem adotadas. Durante o exame físico, procedia-se à mensuração do perímetro cefálico e anotava-se no instrumento e em seguida a investigação quanto a presença de alterações fenotípicas, além de serem identificados os comportamentos e reflexos inerentes a cada faixa etária das crianças atendidas, o acompanhamento de sinais de atraso no desenvolvimento infantil propiciou a formulação dos diagnósticos de Enfermagem e a aplicação de medidas necessárias para amenizarem seus efeitos.

O profissional de enfermagem inserido em uma unidade básica de saúde deve promover seu trabalho assistencial primário de maneira articulada com outras atividades, de caráter individual ou coletivo, para que possa garantir a integralidade e a resolutividade da assistência. (LUCIANO et al., 2014; COSTA; FRACOLLI, 2007).

Ao questionar às mães quanto ao desenvolvimento dos filhos no cotidiano domiciliar, foi possível perceber como as mães/cuidadores demonstravam preocupação e medo no que tange ao desenvolvimento adequado conforme a idade da criança.

A realização de projetos de educação em saúde para clientes atendidos pela unidade como forma de assisti-los de maneira mais integral, foi uma ferramenta considerada valiosa. A apresentação de palestras, entrega de *folders* autoexplicativos, entre outras ferramentas de apoio educacional dos cuidadores, permitiram aos acadêmicos correlacionar o conhecimento teórico no campo prático, permitindo a troca de experiências com outros profissionais da Unidade de Saúde durante a realização das tais atividades na comunidade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar a necessidade de alinhamento entre teoria e prática, incentivando a participação de todos os indivíduos que compõem o sistema de saúde, contexto que insere os pais, as crianças, os profissionais de saúde e a comunidade em geral.

Por meio destas vivências, os acadêmicos puderam aplicar o conhecimento adquirido nos pressupostos teóricos, aliando-os ao campo prático. Vale destacar

também que cabe ao futuro profissional, não obstante dos já atuantes, que busquem continuamente o aprimoramento dos saberes e aperfeiçoamento de práticas, sob novas perspectivas e desafios.

No que trata das políticas públicas que acompanhem de maneira integral e ágil o desenvolvimento infantil também se faz válida. Uma vez que, a partir do rápido diagnóstico de riscos ao desenvolvimento diminui-se consideravelmente as chances de uma piora no quadro evolutivo de uma criança, trazendo-lhes muitos benefícios e uma qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- BLAIR M. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. **Arch Dis Child**. 2006;91(9):730-5.
- BRASIL. Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico** 2010. 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=21>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)
- COSTA C.R., FRACOLLI L.A. O processo de enfermagem em atenção primária à saúde. In: SANTOS AS, MIRANDA SMR, org. **A enfermagem na atenção primária à saúde**. Barueri: Manole; 2007. p. 147-65.
- COSTA, P. et al. Diagnósticos de enfermagem em consultas de atenção primária à saúde de recém-nascidos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2961-2968, Dec. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000602961&lng=en&nrm=iso>.
- ENGLE P.L., et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. **Lancet**. 2011;378(9799):1339-53.
- LUCIANO, T. S. et al. Mapeamento cruzado de diagnósticos de enfermagem em puericultura utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, [s.l.], v. 48, n. 2, p.250-256, fev. 2014.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, © 2005.
- REICHERT, A.P.S. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 5, p.954-962, out. 2015.
- RUGOLO, L.M.S.S. Importância da monitorização do desenvolvimento em recém-nascidos prematuros. **Rev Paul Pediatr**. 2012;30(4):460-1.
- SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Unidades de Saúde**. 2010. Disponível em: <https://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1771>.
- SAPAROLLI E.C.L., ADAMI N.P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**. 2007;2(1):55-61.

SCHNEIDER, M. D.; ZANETTE, E. N.; CECHELLA, N.C.T. RELATO DE EXPERIÊNCIA: METODOLOGIA DE APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETO, EM CURSO DE GRADUAÇÃO A DISTÂNCIA. **Criar Educação**, 2016.

SILVA, A. **Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6 a 18 meses de vida inseridas em creches públicas do município de João Pessoa/PB**. 2013. 135 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

VERÍSSIMO M., SIGAUD C., REZENDE M., RIBEIRO M. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: FUJIMORI E, OHARA CVS, (Eds.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole; 2009. p. 91-120.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global Health Observatory (GHO) data**: neonatal mortality. 2016

SENTIMENTOS DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NO CENARIO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Data de aceite: 27/11/2019

Adrielli Glicia da Silva Martins

Uninassau, Curso de Enfermagem
Natal – Rio Grande do Norte

Edcarlos Jonas Soares de Lima

Uninassau, Curso de Enfermagem
Natal – Rio Grande do Norte

Maria Patrícia Gonçalves da Silva

Uninassau, Curso de Enfermagem
Natal – Rio Grande do Norte

João Bosco Filho

Uninassau, Curso de Enfermagem
Natal – Rio Grande do Norte

RESUMO: O tratamento do câncer pode causar transtornos psicológicos e comportamentais como depressão e ansiedade, assim como dificuldades econômicas geradas devido ao ônus do tratamento. Essa realidade torna-se ainda mais intensa quando se trata da oncopediatria, área que atua no cuidado ao câncer infantil. O impacto dessa situação vai afetar não só o paciente, familiares e amigos, como também os trabalhadores da saúde, em especial os profissionais da enfermagem. Frente ao exposto, o trabalho em apreço tem como objetivo compreender os sentimentos dos trabalhadores da enfermagem na oncologia

pediátrica, e seu impacto no seu processo de atuação profissional. O estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa, descritiva, que caminha pelo universo das significações, construída a partir de uma revisão bibliográfica narrativa, os resultados demonstram que o lidar com a morte e tudo que a mesma envolve ainda é um grande desafio. O medo, a incerteza, as dúvidas quanto a evolução gera sofrimentos que fazem com que esses profissionais se sintam em alguns momentos cansados e fragilizados mentalmente. A atuação do profissional da enfermagem em contato com os pacientes oncológicos da pediatria produz fortes impactos no processo de trabalho da enfermagem, em especial pelo fato de que muitas vezes o sofrimento psíquico não é compreendido, gerando graves e diversos problemas de saúde, sendo, na maioria dos casos, adoecimentos de caráter psicológico, bem como a explicitação dos problemas psicossomáticos e físicos como estresse.

PALAVRAS-CHAVE: Sentimentos. Oncologia. Oncopediatria. Enfermagem.

ABSTRACT: Cancer treatment can cause psychological and behavioral disorders such as depression and anxiety, as well as economic hardships generated due to the burden of

treatment. This reality becomes even more intense when it comes to pediatric oncopedia, an area that acts in the care of childhood cancer. The impact of this situation will affect not only the patient, family and friends, but also health workers, especially nursing professionals. Given the above, the present study aims to understand the feelings of nursing workers in pediatric oncology, and their impact on their professional practice process. The study is characterized as a qualitative, descriptive research that walks through the universe of meanings, built from a narrative bibliographic review, the results show that dealing with death and all that it involves is still a great challenge. Fear, uncertainty, doubts about evolution generate sufferings that make these professionals feel at times tired and mentally weakened. The performance of nursing professionals in contact with pediatric oncology patients has strong impacts on the nursing work process, especially due to the fact that often psychological distress is not understood, generating serious and several health problems, being in In most cases, psychological illnesses, as well as the explanation of psychosomatic and physical problems such as stress.

KEYWORDS: Feelings. Oncology. Oncopediatria. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, as neoplasias são uma das principais doenças crônicas não transmissíveis – perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Dados levantados pela Organização Mundial da Saúde MS (OMS 2017), por exemplo, mostrou que até meados de fevereiro de 2017 cerca de 8,8 milhões de pessoas haviam morrido de câncer, esse número quando comparado com dados de 2012 – 8,2 milhões, cresceram cerca de 8% e reafirmam a necessidade de comprometimento das grandes organizações de saúde do país e do mundo para combater intensamente esses números de crescimentos exponenciais.

O câncer é um problema que assola toda a população mundial, independente de raça, credo, cor, idade e condição social. Atualmente, vem merecendo destaque nos órgãos de investigação e atenção oncológica, a problemática do câncer infantil, uma realidade que vem apresentando números crescentes e que se torna cada dia mais preocupante. No Brasil, o câncer infantil tem como fator principal a proliferação mutagênica das células e representa a primeira causa de morte, entre as oito mais recorrentes, de crianças e adolescentes de 1 a 19 anos.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), haverá cerca de 600 mil novos casos em 2018. Problemas como má alimentação, sobrepeso, doenças degenerativas crônicas e uso exacerbado de substâncias químicas em insumos alimentícios podem está diretamente ligado ao dado citado. É uma doença progressiva degenerativa crônica ocasionada por distúrbios celulares de natureza

mutagênica, na maioria dos casos, e é caracterizado por neoplasias (divisões celulares descontroladas) e metástase (novas formações tumorais em tecidos adjacentes). Suas causas são variadas e abrangem desde a mutação celular precipitada até fatores externos e comportamentais como hábitos e qualidade de vida, que influenciam diretamente no ciclo regenerativo celular e na homeostase tecidual (INCA, 2014).

O diagnóstico de câncer impacta em diversos aspectos da vida das pessoas acometidas pela doença. Em nível social, o câncer interfere incisivamente no bem-estar tanto do paciente quanto dos familiares. O tratamento pode causar transtornos psicológicos e comportamentais como depressão e ansiedade, assim como dificuldades econômicas geradas devido ao ônus do tratamento, dentre outros fatores que influenciam na qualidade de vida e nas chances de cura (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

Nos pacientes oncológicos infantis, essas limitações são ainda maiores, pois interferem diretamente na qualidade de vida da criança e na sua socialização já que o tratamento medicamentoso deprecia, em alguns casos, a saúde a curto e longo prazo sendo necessários acompanhamentos bem mais complexos e diferenciados com a participação de profissionais habilitados, como profissionais da saúde, em especial a enfermagem que tem contato direto com os pacientes.

Dessa maneira, como mostrado por Lopes e Valle (2001), o câncer infantil e seu tratamento têm um impacto sistêmico sobre a organização familiar, que a torna vulnerável ao sofrimento psíquico que atinge não apenas a criança, como também seus cuidadores. Desse modo, a demonstração de afeto daqueles próximos às crianças em tratamento contra o câncer é um componente indispensável, pois contribui na criação de um ambiente aconchegante, seguro e confortável onde o paciente possa externar seus medos e sentimentos viabilizando um contato mais acessível e sem intercorrências entre pacientes e profissionais (MENEZES et al. 2007).

O cuidado a criança com câncer requer além dos saberes técnicos, um processo de acolhimento no qual, muitas vezes, as dores, medos, dúvidas e inquietações das crianças são postas frente ao trabalhador da enfermagem. Nesse sentido, a equipe de enfermagem oncológica atua para além das habilidades técnicas, pois por estar em contato frequente com os pacientes, também são cobrados a servir de alicerce e suporte para o mesmo quanto para seus familiares e, devido essa atuação vivenciada, a equipe fica vulnerável a impactos psicológicos e físicos que podem, de certo modo, contribuir negativamente na saúde e na qualidade de vida desses profissionais.

O sofrimento psíquico vivenciado por esses profissionais, muitas vezes são negligenciados ou até mesmo negados e não reconhecidos, levando-os a

enfrentarem processos de adoecimentos psicossomáticos. De acordo com Lima et al, (2014), entre os impactos mais frequentes que tornam preocupantes a rotina desses servidores pode-se destacar o estresse do ambiente de trabalho; déficit de concentração, vigilância e capacidade de supervisão; desgastes mentais como oscilações de humor constantes, ansiedade, depressão; síndrome de Burnout e o problema da robotização do trabalho.

Como podemos observar, as limitações enfrentadas pela equipe assistencial no ambiente de trabalho em oncologia, associado as condições de vida desses trabalhadores, além de estressantes, podem levar a restrição na abordagem integral ao doente e seus familiares, bem como, ocasionar sofrimento ao trabalhador prestador do cuidado. Ao privar o(a) enfermeiro(a) que atua nos serviços de oncologia de demonstrar afeto aos pacientes e familiares, alguns serviços impedem que esses profissionais vivenciem seus processos de luto diante das inúmeras perdas vivenciadas durante esses processos de cuidados, trazendo sérias consequências para a saúde mental dos mesmos (REZENDE 2012).

Corroborando com esse cenário, estudos destacam que entre os fatores que desencadeiam o sofrimento no(a) enfermeiro(a) que atua na oncologia, deve-se elencar a incidência de falhas na intermediação entre as expectativas do trabalhador e a realidade imposta pela organização de trabalho; a falta de disciplinas específicas de oncologia na graduação de enfermagem e o conseqüente despreparo daqueles que desejam exercer sua profissão nesse setor. Assim, a carência de maior preparo nesse setor como também o desgaste emocional pelo qual passam os profissionais dessa área - medos e inseguranças -, na assistência ao paciente com câncer tornam-se rotina na atuação das equipes de enfermagem (SILVA, 1998).

Não podemos esquecer que os trabalhadores da enfermagem, além dos desafios vivenciados nos espaços de trabalho, também convivem em sua maioria com a questão da precarização de vínculos empregatícios e as responsabilidades domésticas, pois devido à falta de recursos financeiros e a construção familiar desses profissionais, vários destes veem-se inseridos em uma grande carga horária de trabalho que acaba por assumir o papel de vilão em suas saúdes. Conseqüentemente, o pouco tempo que lhes restam para atividades diversas de lazer com seus familiares e amigos, pode contribuir diretamente no seu desempenho físico e mental tanto na vida em sociedade, quanto no trabalho diário (LIMA, 2011)

Esse cenário produzido a partir da negação dos processos de luto dos trabalhadores da enfermagem diante das perdas vivenciadas por pacientes oncológicos infantis, põe-nos diante de muitos questionamentos, afinal, os profissionais de enfermagem identificam seus sofrimentos psíquicos durante o desenvolvimento do seu trabalho com crianças na oncologia? Qual o impacto do luto não reconhecido no processo de sofrimento psíquico dos trabalhadores da

enfermagem na oncologia pediátrica? Os serviços de enfermagem realizam alguma ação de apoio aos processos de perdas e lutos vivenciados pelos trabalhadores da enfermagem no âmbito dos serviços de oncologia?

Como observado acima, inúmeras são as questões suscitadas pela problemática apresentada, entretanto, visando estabelecer uma delimitação para o nosso estudo, o trabalho tem como questão norteadora: Qual a relação entre o trabalho em oncologia infantil e o processo de sofrimento psíquico e consequente adoecimento em trabalhadores da enfermagem?

Nesse sentido, o estudo tem como objetivo compreender os sentimentos dos trabalhadores da enfermagem na oncologia pediátrica, e seu impacto no seu processo de atuação profissional. Visando atender o objetivo central, definiu-se como objetivos específicos: Conhecer os aspectos emocionais vivenciados pela equipe de enfermagem frente ao cuidado a criança com câncer; e identificar a relação entre cuidado em oncopediatria e sofrimento psíquico na enfermagem

Compreendendo que a enfermagem precisa pensar sobre suas práticas, e principalmente estabelecer processos de cuidados aos seus trabalhadores, estudos dessa natureza se fazem extremamente importantes, uma vez que permitem identificar como processos de trabalhos vivenciados pela equipe de enfermagem repercutem diretamente no seu processo de adoecimento.

2 | METODOLOGIA

Em virtude do horizonte pelo qual concebemos o conhecimento científico, estabelecemos enquanto perspectiva a metodologia como estratégia, respeitando assim os aspectos do pensamento complexo que nos mostra que o método não significa em si o caminho, mas sim a possibilidade de aberturas de caminhos (MORIN, 1998). Nesse sentido propomos a construção de uma revisão bibliográfica narrativa, compreendida como publicações amplas, que buscam descrever ou o desenvolvimento ou o “estado da arte” de algum tema, seja pela perspectiva teórica ou contextual (ROTHER, 2014).

Optamos pela abordagem qualitativa, uma vez que propomos caminhar pelo universo das significações, dos motivos, das atitudes e dos valores. Assumimos a pesquisa qualitativa reconhecendo-a como um processo de investigação no qual é dado “ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e significados que não são examinados ou medidos experimentalmente (...) realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado.” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 23).

No processo de construção dos dados, buscou-se incluir artigos, teses, dissertação, e-books, livros, no idioma em português, sem limite temporal.

Disponível de forma completa na rede e que abordassem a temática proposta. Para a realização da pesquisa bibliográfica utilizou-se os termos: sentimentos, enfermagem, oncologia, oncologia pediátrica.

No cenário das pesquisas online, buscou-se a identificação desse material em bases de dados nacionais e internacionais, que são reconhecidas e referenciadas na área da pesquisa em saúde, com destaque SCIELO, BVS, EMBASE e PubMed. (*US National Library of Medicine*). Os termos foram agregados a partir do dispositivo de busca AND para separar um termo do outro.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, que nos permitiu agregar os principais argumentos para a construção das categorias de análises. Os textos foram agrupadas em categorias, de acordo com critérios de homogeneidade e exaustão.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

As leituras dos textos apontam para a construção de três grandes categorias que serão trabalhadas no estudo. Estas são: os sentimentos dos trabalhadores frente ao câncer na infância; a dificuldade de lidar com a temática da morte; estratégias de enfrentamento ao sofrimento profissional no contexto da oncopediatria.

3.1 Sentimentos de profissionais da enfermagem frente ao trabalho em oncopediatria

Muitos sentimentos estão envolvidos no momento da inserção dos trabalhadores da saúde, em especial da enfermagem na área da oncologia. Chegar no setor é se deparar com cenários de muitas dúvidas e incertezas, elementos que muitas vezes fragilizam a atuação profissional. Os profissionais da enfermagem são formados sempre no sentido de tratar vidas, de protegê-las e curá-las. No caso da oncologia, nem sempre se consegue a cura, e isso muitas vezes leva os profissionais a se sentirem incapazes e impotentes, gerando sofrimentos psíquicos que podem interferir diretamente em sua saúde mental.

Observa-se na literatura, referência de dificuldades das equipes de saúde lidar, vivenciar e enfrentar a temática da finitude da vida, do indivíduo (pacientes dos quais cuidam) em sofrimento intenso em um contexto onde, em geral, predomina o caráter curativo da doença. (FARIA, 2017, p. 21)

Corroborando com essa discussão, Santos (2003) citado por Silva (2009) afirma que no contexto de trabalho com o câncer, o profissional da saúde, inclusive os da enfermagem, vivencia sentimentos ambivalentes, principalmente porque em sua formação destacam-se os discursos que visam a cura da doença, e no caso do câncer, alguns pacientes não apresentam essa possibilidade. Diante da sensação

de impotência frente a impossibilidade da cura, esses trabalhadores veem-se frente a necessidade de exercitarem o cuidado, no qual muitas vezes precisa conviver com incertezas, dúvidas, medos, entre outros sentimentos difíceis de lidar.

Os estudos revelam que a condição da infância amplia o impacto do sofrimento no trabalhador que desenvolve seu trabalho no contexto da oncologia. Como se estabelece no imaginário popular, a criança tem uma vida inteira pela frente, portanto, adoecer não deve ser algo presente em sua vida. O diagnóstico de câncer em uma criança, remete a um paradoxo imenso, principalmente porque se coloca como uma “injustiça” para com a criança que ainda não viveu tudo que merecia viver. Mesmo com todos os avanços da Ciência, ainda é muito forte a ideia de morte atrelada a oncologia. Sem falar nos processos de tratamento que muitas vezes são dolorosos e transformadores da vida da criança, como por exemplo a saída da escola, o distanciamento dos amigos entre outros.

De acordo com os estudos de Silva (2009), no cenário do diagnóstico do câncer infantil, os profissionais da saúde, inclusive os da enfermagem explicitam que os sentimentos despertados não são distintos dos apresentados por pacientes e familiares, afinal são carregados dos valores simbólicos ainda construídos sobre a doença. A constante vivência com a fragilidade e a incerteza geradas pelas dúvidas que envolvem o tratamento, faz com que esses profissionais lidem com sentimentos como medo, frustrações, ansiedade, irritabilidade, negação, raiva, culpa, levando em alguns casos a vivência de sentimentos depressivos.

Diante dos diagnósticos de câncer infantil, principalmente quando apresentam menor perspectiva de cura, esses trabalhadores sentem-se impotentes, levando-os a intensos sofrimentos diante de sua fragilidade de contribuir com a cura dos pacientes sob sua responsabilidade. Essa situação faz com que se sintam angustiados, uma vez que, por estarem inseridos nesse cenário de trabalho precisam enfrentar a situação e garantir o melhor atendimento a essa criança e aos seus familiares. Muitas vezes, mesmo com um plano de cuidado estabelecido, dada as condições dos pacientes e o modo como familiares lidam com a situação, o cuidado não acontece como planejado, fazendo com que esses profissionais vivam de modo intenso com a tristeza, frustração, e o estresse decorrente do medo estabelecido diante da possibilidade da morte (FARIA, 2017). De acordo com Santos et al (2017, p. 1617) “Essa condição possibilita ao profissional de Enfermagem refletir sobre sua prática e os cuidados prestados à criança com câncer, originando um sentimento de impotência e derrota em algumas situações”.

Corroborando com essa discussão, Pereira, Bertoldi e Roese (2015) afirmam que um grande número dos profissionais de enfermagem que cuidam de crianças com câncer não gostavam de lidar com as mesmas, bem como sentiam-se tristes porá trabalhar com esse público. Merece destaque o reconhecimento de que a

convivência diária na oncopediatria, associada as sensações de perda, gera profundos sentimentos de tristeza, chegando muitas vezes a quadros de depressão.

De um modo geral, os profissionais da enfermagem, assim como a maioria dos trabalhadores da saúde, apresentam diante do diagnóstico de câncer na infância, sentimentos contraditórios, que variam do desejo de cuidar, de oferecer a melhor assistência possível, como também o desejo de se afastar, em especial porque temem serem muito impactados com o sofrimento da criança e a possibilidade de sua morte. Em sua maioria apresentam sentimentos negativos como tristeza, ansiedade, angústia, impotência, frustração, fracasso, raiva ou revolta. Só conseguem sentir sentimentos positivos quando perceber a melhoria do paciente, bem como perspectivas de cura.

3.2 Sentimentos diante da morte no contexto da oncopediatria

Mesmo com todos os avanços apresentados pela ciência moderna, ainda se faz muito presente a relação entre câncer e a morte, gerando sentimentos como ansiedade, medo e angústia, principalmente porque a doença oncológica é associada a dor, ao sofrimento e a morte. Frente a um diagnóstico de câncer, o paciente tende a pensar na brevidade de sua existência, vivenciando a experiência com muito sofrimento.

Quando essa condição acontece na infância, a situação amplia-se, principalmente porque fica difícil pensar a presença da morte nesse momento da vida, afinal, a infância é a fase inicial da vida, carregada de sentimentos relacionados ao futuro. De acordo com Silva et al (2018, p. 85):

As situações estressoras das neoplasias pediátricas não estão ligadas somente à associação do sofrimento, complicações e morte ocasionados pelo câncer, mas também com a percepção de que há uma incompatibilidade desse tema com a infância. O sofrimento também advém diante da morte da criança, por uma interrupção de uma vida que estava iniciando, privando a criança de sua infância, do desenvolvimento do seu ciclo vital, não tendo essa, a oportunidade de trabalhar, casar, ter filhos, envelhecer com qualidade de vida. Enfim, não desfrutar de uma vida de promessas e esperança da própria cura.

A morte sempre representou um grande desafio aos trabalhadores da saúde, principalmente porque permanece muito forte a ideia de que cabe a esses profissionais a garantia de recuperação e manutenção da saúde. Ao lidar com a presença efetiva da morte, esses profissionais acabam se sentindo impotentes, fragilizados, e muito mais intensamente quando se refere a morte de crianças.

Ao atuar diretamente no cuidado dessas crianças com câncer, a equipe de enfermagem vivencia intensamente sentimentos como ansiedade, tristeza e frustração frente a possibilidade ou efetividade da morte nas crianças, gerando fragilidades no seu processo de cuidado. Segundo Carmo e Oliveira (2014) alguns profissionais da enfermagem optam por se envolver emocionalmente com a criança

e sua família, entretanto, o medo de sofrer, de perder a criança para a morte faz com que alguns enfermeiros/as se distanciem das crianças.

A relação de proximidade estabelecida entre o profissional de enfermagem e o paciente por um período de tempo prolongado acaba proporcionando, ao cuidador, sentimentos como impotência diante da doença, descrença em relação às medidas terapêuticas e expectativa de morte como uma possibilidade. (PEREIRA; BERTOLDI, ROESE, 2015, P. 114).

A possibilidade da morte nesse cenário exacerba também a insegurança frente a necessidade de comunicação das más notícias. A enfermagem, em sua maioria, sente-se desconfortável quanto a necessidade de conversar com familiares sobre os prognósticos ou até mesmo sobre a morte do paciente. De acordo com Pereira, Bertoldi e Roese (2015), a comunicação de más notícias exige manejo e cuidado, principalmente porque esse tipo de comunicação pode desencadear ou ampliar o processo de sofrimento que envolve toda a situação.

Outra questão que também aparece frente aos desafios do trabalho da enfermagem junto a oncopediatria, diz respeito a preparação do corpo post-mortem. A ideia de ter um corpo infantil para esses cuidados, acaba por gerar muito sofrimento, porque nessas situações a morte está confirmada, devendo ser acolhida e cuidada, principalmente porque existe uma família que precisa também ser cuidada diante do corpo de um filho. Nesse sentido, o profissional da enfermagem precisa apoiar a família no momento da perda, possibilitando que os mesmos estejam presentes no momento da transição (PEREIRA; BERTOLDI, ROESE, 2015).

Em uma avaliação mais ampliada, percebe-se que na maioria das vezes os trabalhadores da enfermagem não se sentem preparados para lidar com a morte e as perdas que a envolvem, vivenciando processos de desgastes que acabam por prejudicar a sua prática profissional, bem como sua condição psíquica. Nesse sentido, é imprescindível que desde a formação, esses profissionais tenham a oportunidade de refletir sobre a morte e o morrer, permitindo que estes construam ferramentas no sentido de garantir um fortalecimento psíquico, que os ajude a enfrentar os medos e dores que envolve essa temática.

Para Silva et al (2018) é imprescindível que a enfermagem tenha conhecimento sobre as percepções e sentimentos relacionados ao trabalho com a oncopediatria, possibilitando dessa forma reflexões capazes de fazer dialogar a complexidade do cuidar em oncologia pediátrica com a atuação profissional da enfermagem.

3.3 Estratégias de enfrentamento diante dos sentimentos vivenciados na oncopediatria

A realidade observada aponta para as profundas dificuldades vividas pelos profissionais da enfermagem, frente ao trabalho no contexto da oncologia pediátrica.

O convívio diário com a dor, o sofrimento e a morte de crianças geram nesses trabalhadores sentimentos diversos que também precisam ser acolhidos, evitando assim que maiores danos a sua saúde física e mental.

É notório que a equipe de enfermagem oncológica atua muito além dos serviços de habilidades técnica aos pacientes, pois por estar em contato frequente com estes, precisam servir de alicerce e suporte tanto para o mesmo quanto para seus familiares e, devido essa atuação bastante necessária e insubstituível, a equipe fica vulnerável a impactos psicológicos e físicos que podem, de certo modo, contribuir negativamente na saúde e na qualidade de vida desses profissionais. Entre os impactos mais frequentes que tornam preocupantes a rotina desses servidores pode-se destacar o estresse do ambiente de trabalho; déficit de concentração, vigilância e capacidade de supervisão; desgastes mentais como oscilações de humor constantes, ansiedade, depressão; síndrome de Burnout e o problema da robotização do trabalho que priva o(a) enfermeiro(a) oncológico de demonstrar afeto aos pacientes e familiares e, afim de otimizar suas atividades, desenvolve uma grave frieza emocional relacionável a sérios problemas de saúde (AVELLAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007).

Frente a essa realidade, os profissionais da enfermagem tentam encontrar estratégias de enfrentamento, buscando proteger sua saúde mental, entretanto, muitas dessas ferramentas mostram-se provisórias e não garante a proteção de sua saúde mental. Para Viero et al (2017), algumas estratégias defensivas atuam como “rotas de fuga”, conscientes ou não, que são usadas pelos trabalhadores visando vivenciar de modo mais sutil as situações adversas e de sofrimento no ambiente de trabalho. Nesse sentido “A utilização das estratégias defensivas se constitui em uma operação mental que leva à modificação, transformação ou eufemização da percepção que os trabalhadores possuem da realidade que os faz sofrer” (VIERO et al, 2017, p. 2).

Outra estratégia apontada pelos profissionais como forma de enfrentamento, é a tentativa de separação entre a vida pessoal e o ambiente do trabalho. Entretanto, conforme os estudos de Vieiro et al (2017), essa estratégia se demonstra frágil, sendo inclusive reconhecida pelos trabalhadores que reconhecem ser difícil dividir separar vida pessoal e trabalho. Ainda nesse cenário, observa-se o aumento do número de absenteísmo no trabalho a partir dos atestados de adoecimento físico, bem como os constantes pedidos de férias, como forma de sair do espaço do trabalho.

De acordo com Carmo e Oliveira (2015) uma importante estratégia de enfrentamento aos sofrimentos vivenciados no contexto do cuidado em oncologia é o fortalecimento do relacionamento interpessoal, a compreensão e o companheirismo entre os pares, bem como o bom relacionamento, respeito, união, compreensão e

flexibilidade com a criança e sua família facilitam a convivência nesse cenário de medo e dor.

De uma maneira geral, observa-se que no enfrentamento ao sofrimento no cenário da oncopediatria, é essencial o reconhecimento do lugar do profissional nesse cuidado, destacando seus limites e possibilidades para o cuidado. É imprescindível trabalhar a formação tanto no serviço, quanto na graduação, para que os trabalhadores possam compreender a relação entre vida e morte, bem como a importância de cuidar da morte como parte do processo de vida.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que o contexto da oncologia pediátrica é muito complexo, uma vez que aponta para vivências que refletem de modo intenso nos aspectos psíquico e emocional dos sujeitos envolvidos. No que tange a atuação do profissional da enfermagem, essa produz fortes impactos no processo de trabalho, em especial pelo fato de que muitas vezes o sofrimento psíquico não é compreendido, gerando graves e diversos problemas de saúde, sendo, na maioria dos casos, adoecimentos de caráter psicológico, bem como a explicitação dos problemas psicossomáticos e físicos como estresse.

Os resultados demonstram a importância do acolhimento a esses trabalhadores, possibilitando aos mesmos a construção de ferramentas potentes, as quais permitam aos mesmos, um fortalecimento da sua saúde mental, visando atuar diante de tantas dores e sofrimentos, tanto das crianças adoecidas, como dos seus familiares, haja vista que, quando o câncer infantil acontece, ele modifica toda a dinâmica familiar.

É importante também que os serviços compreendam o sofrimento psíquico desses profissionais, e a partir destes, construa espaços de cuidados, nos quais se permitam aos trabalhadores reconhecer seus lutos, favorecendo suas narrativas e trocas de experiências, para que assim, juntos possam trabalhar formas de enfrentamento e superação.

Por fim, mas não menos importante, torna-se necessário e urgente transformações no processo de formação, para que os mesmos contribuam a partir da produção de novos conhecimentos sobre a temática, com a formação de trabalhadores que se sintam mais capacitados para atuação com os temas da morte, do morrer e dos processos de luto.

REFERÊNCIAS

AVELLAR, Luziane Zacché; IGLESIAS, Alexandra; VALVERDE, Priscila Fernandes. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 3, p. 475-481, set./dez. 2007.

CARMO, Sandra Alves do; OLIVEIRA; Isabel Cristina dos Santos. Criança com Câncer em Processo de Morrer e sua Família: Enfrentamento da Equipe de Enfermagem **Revista Brasileira de Cancerologia** 2015; 61(2): 131-138.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____. **O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FARIA, Natália Cintra. O processo de morte e morrer de pessoas com câncer, em diferentes contextos, sob o olhar dos profissionais da saúde. 2017, 91 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

LIMA, S. Mauricélia et al. Sofrimento psíquico do enfermeiro assistencial em hospital geral: desafios e possibilidades. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, fevereiro, 2014. Volume 8, nº 2, p. 286-293.

Lopes, D. P. L. O., & Valle, E. R. M. (2001). A organização familiar e o acontecer do tratamento da criança com câncer. In E. R. M. Valle (Org.), **Psico-oncologia pediátrica** (pp. 13-74). São Paulo: Casa do Psicólogo.

MENEZES, B. N. Catarina et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, março, 2017. Volume VII, nº 1, p. 191-210.

OMS: câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-cancer-mata-88-milhoes-de-pessoas-anualmente-no-mundo/>>. Acesso em: 20 de agosto de 2018.

PEREIRA, Débora Maria Bastos; BERTOLDI, Karine; ROESE, Adriana. Percepções dos profissionais de enfermagem na assistência a crianças portadoras de câncer **Rev Enferm UFSM** 2015 Jan/Mar;5(1):112-120

REZENDE, Roseli et al. Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. **Com. Ciências Saúde**, 2012. Volume 23, nº 3, p. 243-252.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007. Disponível em: . Acesso em: 20 jul. 2014.

SANTOS, Larissa Suelem Batista dos et al. Percepções e reações emocionais dos profissionais da enfermagem que assistem crianças com câncer. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(4):1616-23, abr., 2017

SILVA, Camila Morena Margato et al. Significado do cuidar e seus sentimentos para equipe de enfermagem diante da criança em tratamento oncológico. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online]. Ago/Set 2018; 7(2):83-94

SILVA, Juliana; KIRSCHBAUM, Débora. O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, abril/junho, 1998. Volume 51, nº 2, p. 273-290.

SILVA, Lucia Cecilia da. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 16, jun. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 set. 2019.

SILVA, Shirley de Souza; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; SANTOS, Roberta Montenegro dos. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 73-89, dez. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 set. 2019.

VIERO Viviani et al. Trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica: o uso de estratégias defensivas no trabalho. **Esc Anna Nery** 2017;21(4), 2017.

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO SOBRE AUTOMEDICAÇÃO EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

Data de aceite: 27/11/2019

Alessandro Fábio de Carvalho Oliveira

Instituto Nacional do Câncer/INCA; Programa de Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde PACCS/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil.

Enéas Rangel Teixeira

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil.

RESUMO: A automedicação é uma prática comum pelos trabalhadores de enfermagem e podem acarretar riscos a saúde quando não realizada de forma segura. **Objetivo:** Conhecer os motivos e valores que levam os trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva oncológica a utilizarem a automedicação; Identificar as concepções sobre o uso da automedicação; Analisar no discurso do sujeito coletivo o significado da adoção da automedicação; Criar estratégias de comunicação que atendam ao trabalhador e orientem o uso seguro da automedicação. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com apoio da técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Os dados foram coletados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital do Câncer II – INCA-RJ. Os participantes foram 25 trabalhadores

de enfermagem. A coleta de dados se deu a partir de um roteiro de entrevista e um questionário e os dados organizados através do software Qualiquantisoft. **Resultados:** A automedicação é realizada pelos trabalhadores de enfermagem e os medicamentos mais utilizados são os analgésicos e os anti-inflamatórios, apresentando reações adversas e revelando ainda o uso de drogas psicoativas. O acesso se dá entre outros pela facilidade de uso de medicamentos disponíveis no setor, uso de prescrições cedidas por médicos que trabalham nos hospitais ou com medicamentos cedidos por conhecidos. Aparecem como motivos para uso da automedicação o excesso de carga horária, o conhecimento desenvolvido com as medicações, a facilidade de obter os medicamentos além do hábito cultural da população brasileira, afirmando que trabalhar na enfermagem está diretamente relacionado com a prática da automedicação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Automedicação; Saúde do trabalhador; Profissional de saúde.

COMMUNICATION STRATEGIES ON SELF
MEDICATION WORKERS OF NURSING IN

ABSTRACT: Self-medication is a common practice by the nursing staff and may cause health risks if not held securely. The object of research is the use of self-medication by nursing staff in the context of oncology intensive care. **Objective:** To know the reasons and values that lead workers in oncology nursing to use self-medication intensive care; To identify the conceptions of self-medication; Analyze the collective subject discourse the significance of the adoption of self-medication; Create communication strategies that meet the employee and guide the safe use of self-medication. **Method:** A qualitative, exploratory and descriptive study, with support from technical analysis of the Collective Subject Discourse. Data were collected in the Intensive Care Unit of the Cancer Hospital II - INCA - RJ. Participants were 25 nursing workers. Data collection occurred from a structured interview and a questionnaire and data organized by Qualiquantisoft software. **Results:** Self-medication is carried out by nursing staff and medicines are the most widely used analgesic and anti-inflammatory, with adverse reactions and also revealing the use of psychoactive drugs. Access is among others the ease of use of medicines available in the industry, use of prescriptions sold by doctors working in hospitals or transferred by known drugs. Appear as reasons for self-medication excess workload, the knowledge developed with medications, the ease of obtaining drugs beyond the cultural habits of the population, claiming to work in nursing is directly related to self-medication.

KEYWORDS: Nursing, Self-medication, Health worker, Health Professional.

1 | INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos disponíveis sem receita é hoje aceito como parte integrante do sistema de saúde. Vai ao encontro ao desejo crescente de cada indivíduo de assumir a responsabilidade pela sua própria saúde. Quando praticada corretamente, a automedicação pode também contribuir para aliviar financeiramente os sistemas de saúde pública (WHO, 1998). O consumo de medicamentos sem prescrição é crescente, motivado por complexa rede de fatores que estão associados a valores predominantes na sociedade moderna, dentre esses, destaca-se o aumento de medicamentos alternativos, disponibilidade e venda livre e propagandas de produtos farmacêuticos na mídia (PIN, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a automedicação como a seleção e uso de medicamentos, alopáticos ou não, destinados ao tratamento de sintomas e doenças sem gravidade (WHO, 1998). Para o Ministério da Saúde (MS, 2004), a automedicação é a administração de medicamento sem prescrição ou orientação ou acompanhamento médico. A pessoa assume plenamente a responsabilidade pelo seu tratamento, sendo importante que conheça a medicação

que está tomando.

A automedicação responsável é entendida como parte de um conjunto de ações de autocuidado, direcionada por regras que compreende em cuidar sozinho apenas de pequenos sintomas, já diagnosticados ou conhecidos; escolher somente medicamentos isentos de prescrição, de preferência com a ajuda de um profissional habilitado; ler sempre as informações da embalagem do produto antes de tomá-lo; parar de tomar o medicamento se os sintomas persistirem (ARRAIS, 1997). Um profissional habilitado deverá ser consultado no caso de persistência ou agravante quanto ao uso dos medicamentos.

O tema automedicação tem chamado a atenção nas últimas décadas, apoiada na indústria farmacêutica e nas propagandas, que atrelam o estado de bem estar a um determinado medicamento, explorando seu valor simbólico, representando uma ferramenta para induzir e fortalecer na sociedade os hábitos de consumo de medicamentos, entendida como acesso imediato à saúde. É conhecido que esta é uma prática da grande maioria da população mundial, alimentando o lucro das indústrias de medicamentos.

Loyola Filho (2005), Barros (2009) e Bouza (2006) sugerem que a automedicação é uma prática mais comum entre as mulheres, com nível de escolaridade mais elevada, e parece estar relacionadas ao ambiente, condições de trabalho e facilidade de acesso aos medicamentos. Vemos aí uma semelhança ao perfil dos trabalhadores da enfermagem, predominantemente composta por mulheres, com excesso de trabalho devido às longas jornadas e carga horária elevada, muitas vezes somada ao trabalho doméstico e familiar, compondo duplas ou triplas jornadas.

Assim, traçamos como objetivos deste estudo conhecer os motivos e valores que levam os trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva oncológica a utilizarem a automedicação; Identificar as concepções sobre o uso da automedicação pelos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva oncológica; Analisar no discurso do sujeito coletivo o significado da adoção da automedicação; Criar estratégias de comunicação que atendam ao trabalhador e orientem o uso seguro da automedicação.

2 | MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, cujas análises se deram por meio da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo⁸. O processo de investigação foi desenvolvido no Centro de Terapia Intensiva do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA-HCII), localizado no Rio de Janeiro, referência em ensino e pesquisa do câncer no Brasil.

A população foi constituída por 11 enfermeiros e 27 técnicos de enfermagem,

com carga horária de 40 horas semanais em plantões de 12 horas diurnas ou noturnas ou diaristas com jornadas de 8 horas diárias, não havendo distinção quanto ao vínculo empregatício do trabalhador, sendo este servidor público federal ou celetista. Seguiram-se os critérios de inclusão de ter no mínimo 1 ano de experiência no cuidado ao paciente oncológico e trabalhar na assistência direta ao paciente, sendo então excluídos os trabalhadores que estavam de férias ou licenciados no período da coleta de dados, compondo assim uma amostra por conveniência de 7 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem.

A coleta de dados empíricos foi realizada durante os meses de maio a julho de 2013, por meio de gravação de entrevista semiestruturada, com duração total de 6 horas, 59 minutos e 58 segundos de entrevista, sendo posteriormente transcritas na íntegra. Foi elaborado um roteiro condutor da entrevista, constituído por duas partes: a primeira abrangendo características sociodemográficas dos participantes e a segunda parte contendo as questões de pesquisa pré-categorizado em conceito, valor, motivação, relação medicamento e trabalho, complicações, acesso e proposta.

Ao final, agrupamos os questionamentos em categorias analíticas, de acordo com o contexto principal ao qual estavam ligados, que são:

1. Conhecimento sobre o uso: concepções e uso da automedicação;
2. Motivos para o uso da automedicação;
3. Valores referentes à automedicação.

O Projeto foi submetido para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição envolvida, em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), que estabelece normas e diretrizes à conduta de pesquisas que envolvem seres humanos, após cadastro prévio na Plataforma Brasil, sendo aprovado em 21 de dezembro de 2012, de acordo com o parecer 156.271, CAAE 07330912.1.0000.5274, revalidado pelo parecer 363.664. Cada participante da pesquisa foi instruído e recebeu o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização de seus dados na pesquisa.

3 | RESULTADOS

A pesquisa contou com 25 trabalhadores de enfermagem gerando um total de 6 horas, 59 minutos e 58 segundos de entrevista. Os entrevistados apresentavam as seguintes características: 72% eram do sexo feminino, com idades que variam de 26 a 62 anos, sendo 28% entre 36 e 40 anos e 24% de 26 a 30 anos; 46% afirmam ser brancos, 36% pardos, 12% negros. Quanto a situação conjugal 56% são casados, 60% possuem filhos, 44% dos entrevistados tem renda salarial entre 11 e 14 salários mínimos e 36% entre 8 e 10 salários mínimos.

Em relação à situação funcional, 7 trabalhadores são enfermeiros e 18

trabalham na função de técnicos de enfermagem. A formação profissional mostra que 44% possuem especialização enquanto 40% possuem curso técnico como a maior formação. Quanto ao tempo de trabalho em enfermagem, 36% tem mais de 20 anos na profissão, 44% trabalham neste hospital entre 3 e 6 anos e 48% trabalham no CTI entre 3 e 6 anos. Os trabalhadores do período diurno foram 64%, sendo que 56% ainda trabalham em mais 1 local na assistência em enfermagem e 12% trabalham em mais 2 locais. Vemos de acordo com a Tabela 1 os dados gerais dos participantes da pesquisa.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	7	28%
Feminino	18	72%
Idade		
26 a 30	6	24%
31 a 35	3	12%
36 a 40	7	28%
41 a 45	4	16%
46 a 50	1	4%
Maior que 50	4	16%
Raça		
Negra	3	12%
Parda	9	36%
Branca	12	48%
Amarela	1	4%
Situação Conjugal		
Casado	14	56%
Divorciado	2	8%
Solteiro	9	36%
Filhos		
Sim. Quantos	15	60%
Não	10	40%
Renda Familiar		
Até 5 salários mínimos	1	4%
Entre 5 e 7 salários mínimos	1	4%
Entre 8 e 10 salários mínimos	9	36%
Entre 11 e 14 salários mínimos	11	44%
Mais de 15 salários mínimos	3	12%
Maior formação profissional		
Curso Técnico	10	40%
Graduação	3	12%
Especialização/Residência	11	44%
Doutorado	1	4%
Tempo de trabalho em enfermagem		
Até 5 anos	2	8%
6 a 10 anos	5	20%

11 a 15 anos	3	12%
16 a 20 anos	6	24%
Maior que 20 anos	9	36%
Tempo de trabalho neste hospital		
Até 2 anos	4	16%
3 a 6 anos	11	44%
7 a 10 anos	3	12%
11 a 15 anos	2	8%
Maior que 15 anos	5	20%
Horário trabalho neste hospital		
Plantão diurno	16	64%
Plantão noturno	7	28%
Diarista	2	8%
Trabalha em assistência de enfermagem em outro local		
Não	8	32%
Sim, 1 local	14	56%
Sim, 2 locais	3	12%
Possui alguma doença		
Não	10	40%
Sim	15	60%
Usa no momento algum medicamento prescrito		
Não	7	28%
Sim	18	72%
E por conta própria (Automedicação)		
Não	2	8%
Sim	23	92%

Tabela 1: Descrição dos participantes da pesquisa, RJ 2013 (n=25)

A prática da automedicação é citada por 92% dos trabalhadores participantes da pesquisa, visto que apenas 02 participantes disseram não tomar medicamentos por conta própria. Os medicamentos mais utilizados são os analgésicos simples, seguidos pelos anti-inflamatórios. Há também relato de uso de ansiolíticos, antidepressivos e antibióticos, medicamentos que necessitam de retenção da receita nas farmácias e drogarias que são vendidos.

Medicamento	n	%
Analgésico	21	51,21
Anti-inflamatório	7	17,07
Anti-ulceroso	2	4,88
Antidepressivo	2	4,88
Ansiolítico	3	7,32
Vitamina	2	4,88
Anti-hipertensivo	1	2,44
Fitoterápico	1	2,44
Descongestionante nasal	1	2,44
Pomadas	1	2,44

Total de consumos	41	
-------------------	----	--

Quadro 2: Medicamentos consumidos

4 | DISCUSSÃO

4.1 O conhecimento sobre o uso: concepções e uso da automedicação

O uso da automedicação tem sido apontado como uma prática frequente da população. Nesta pesquisa, identificamos que os trabalhadores de enfermagem do serviço de terapia intensiva oncológica têm na automedicação uma prática de auxílio ao cuidado à saúde. Barros (2009), Bouza (2006), Paulo (1988) e Alvitres (2002) mostram valores elevados sobre o consumo de medicamentos, quando relacionados com os trabalhadores de enfermagem. Os discursos 1A e 1B definem como automedicação:

*“Automedicação é a pessoa tomar a medicação sem ter a prescrição médica...” e
“Você toma por conta própria, pelo seu conhecimento...”.*

A definição retratada é consoante com a literatura, igualmente elaboradas, quando a tratam como o consumo de um produto pela iniciativa do paciente ou seu responsável, buscando aliviar os sintomas percebidos (MS, 2004; PAULO, 1988). Cada trabalhador define a automedicação através de suas vivências e experimentações, embutido nelas valores e crenças, formações de suas próprias mentes.

No discurso 2A os trabalhadores afirmam que não são a favor da existência da automedicação, posicionando-se radicalmente contra seu uso, que é uma estratégia de autocuidado justificada pela própria Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998), evidenciando isto no discurso:

“Na realidade nenhum deveria ser usado como automedicação né, tudo o que a gente usa deveria ser prescrito né.”

Há certa precaução quanto ao uso do medicamento, mesmo se tratando de profissionais de saúde, tendo experiência e conhecimento quanto ao seu uso e aos sinais e sintomas que podem apresentar. Entende-se que o risco de erro na automedicação suprime o seu benefício, e traz uma associação aos dizeres de Paracelso (KLAASSEN, 2012:1045), por volta do século XV, ao referir-se que:

“ todas as substâncias são venenos, não existe nada que não seja veneno. Somente a dose correta diferencia o veneno do remédio”.

O discurso 2B e 2C apresentam como forma ideal o não uso de medicamentos, mas abrem exceção para o uso esporádico de medicamentos já conhecidos. O discurso ético do enfermeiro perpassa seu próprio julgo. Vemos essas ideias quando

ele diz:

“Ideal é você não usar nenhum como automedicação, mas acaba que as pessoas usualmente usam analgésicos, antitérmicos...” e

“Antibióticos e os psicotrópicos não podem né, remédios controlados. Eu concordo em ninguém fazer automedicação, embora eu faça...”

Verificamos que os analgésicos são citados como os mais usados pelos trabalhadores, seguindo os trabalhos encontrados na literatura nacional e mundial (BARROS, 2009; BOUZA, 2006; TOMASI, 2007; ALVITRES, 2002). O uso dos analgésicos está fortemente ligado ao trabalho na assistência e cuidado ao outro, na qual este é utilizado em virtude da dor, até que não possam mais resolver seus problemas dessa forma e precise faltar o serviço para ir ao médico se tratar. Essa dor está relacionada ao estresse advindo do cuidar, devido às condições que são submetidas às equipes de enfermagem, pela pressão exercida pelos superiores em resultados, número desgastante de procedimentos e atendimentos realizados, tendo um quantitativo de profissionais reduzidos e também às lesões osteomusculares, comuns nestes trabalhadores, mostrando sintomas físicos e psicológicos do estresse (QUEIROZ, 2008; FERRAREZE, 2006).

Queiroz (2008) aponta sobrecargas físicas importantes no trabalho de enfermagem que podem culminar em problemas osteomusculares, interferindo na saúde dos trabalhadores, onde há predomínio do vício postural na execução de procedimentos ou na mobilização de pacientes. Há também a repetição de movimentos, pressão sobre determinadas áreas corpóreas, choques e impactos que são tidas como principais causas de lesões, refletindo no uso dos analgésicos.

Não podemos ignorar um fato que tem se tornado crescente frente aos trabalhadores de saúde que é o consumo de drogas psicoativas, também conhecidas como medicamentos psicotrópicos ou controlados. Essas substâncias são drogas que alteram o funcionamento do sistema nervoso central, podendo alterar seu comportamento e cognição e induzir a um estado de dependência de tais substâncias, de acordo com Aluani (1999).

Na categoria 10D denominada “O uso do medicamento controlado”, descobrimos experiências e experimentações frente aos medicamentos controlados, substâncias essas que são cercadas de preconceitos e implicações sociais, econômicas, individuais e éticas. Alguns entrevistados relatam a ocorrência de morte de profissionais devido ao abuso dessas substâncias como mostra os fragmentos destacados desta categoria:

“Ela se automedicava com dormonid e aí ela teve um mal súbito no meio do plantão... tava toda picada e foi ela mesma que injetava...” “... ela fez o dripping, punçou a própria veia, e ligou lá pro hospital: manda a ambulância buscar o meu corpo que estou me matando... aí intubou ela lá dentro da sala dela e trouxe

ela...".

Os trabalhadores de enfermagem que atuam em hospitais ficam expostos a agravos à saúde física e psíquica, podendo as condições precárias de trabalho e as dificuldades cotidianas favorecerem o uso de substâncias psicoativas (MOUTINHO, 2008). E essa vulnerabilidade pode refletir em depressão, cansaço e doenças ocupacionais desses profissionais, que acabam por procurar alternativas diversas, inclusive a automedicação.

Percebe-se que há um somatório de fatores que incentivam o trabalhador a se refugiar através das drogas controladas, como estratégia de fuga da realidade de seus problemas, e fazem isto com subterfúgios de não ter tempo para cuidar da própria saúde. Assim, usar medicamentos para relaxar pode se tornar um princípio de um processo que culmina na morte desse trabalhador.

Notamos também que há um desajuste indivíduo-trabalho que pode ser formado por cargas de trabalho, controle no trabalho, relacionamento com colegas e valores pessoais que interferem na saúde mental do trabalhador e incrementam o desenvolvimento de *burnout*. Segundo Lancman (2003), os sujeitos buscam ativamente se proteger e se defender através de mecanismos e estratégias de defesa variados, mas quando o trabalhador utiliza todos os seus recursos intelectuais e psicoafetivos para dar conta das demandas que lhe foram impostas e não o conseguem surge então o processo patológico.

4.2 Motivos para o uso da automedicação

Em geral, as motivações comuns estão ligadas a uma sensação de desequilíbrio das necessidades do ser humano, na questão do atendimento médico, do cansaço pela jornada extenuante de trabalho, do cumprimento de elevadas cargas horárias, das necessidades financeiras pelo valor dos medicamentos, exames, custeio da assistência de saúde suplementar, entre outros.

Ao discursar sobre o que leva os trabalhadores de enfermagem a se automedicar, lembramos que este profissional está em contato com os medicamentos em seu processo de trabalho e aliado à sua formação, adquire uma gama de conhecimentos sobre as drogas utilizadas, associando então à automedicação. Retrata no discurso 5A tal conhecimento:

“Porque ele trabalha com a medicação e ele conhece as prescrições... ah se eu tomar x coisa sabe que vai melhorar para y coisa porque eu já vi no paciente... já conhece os sinais e sintomas, pelo fato de conhecer um pouco o mecanismo de ação das drogas... A gente tem uma rotina diária no nosso trabalho de administração medicamentosa”.

Nesta pesquisa, o conhecimento do medicamento se destaca com 32,61% dos apontamentos como indutor do profissional de enfermagem a automedicação.

A rotina do profissional de enfermagem envolve a manipulação de diversos medicamentos. O conhecimento gerado por meio da profissão no que diz respeito ao cuidar utilizando medicamentos é revertido para o uso da automedicação do profissional. Alvitres (2002), Barros (2009) e Bouza (2006) apontam que o maior conhecimento sobre medicamentos está associado ao maior consumo e analisam a prevalência da automedicação os níveis acadêmicos mais elevados estão mais sujeitos ao maior uso de medicamentos, sendo ainda revelado que é mais predominante em enfermeiros que em técnicos de enfermagem (TOMASI, 2007).

Assim como visto anteriormente, o acesso ao medicamento está ligado ao fato de trabalhar na área da saúde, e este acesso tem sido colocado como facilitador para o uso de medicamentos. O discurso 5B trata a respeito deste acesso como motivador para o consumo das drogas:

“O acesso fácil que eles têm a medicação, é a facilidade, de ter o medicamento sempre próximo dele, muito fácil, específico do trabalhador de enfermagem, muito próximo dos remédios, né.”

A escolha do medicamento a ser usado sofre influência da disponibilidade, da facilidade de acesso e da exposição. Ao perceber uma necessidade, o trabalhador de enfermagem se vê diante da solução, que é no seu pensar o medicamento, de fácil acesso e gratuitamente. O profissional neste momento está tentando se livrar de situações incômodas para enfrentar a jornada de trabalho e não se dá conta dos riscos que pode estar relacionados à sua atitude imediatista (PIN, 1999; MARTINS, 2006).

4.3 Valores referentes à automedicação

Os dados estatísticos do trabalho apresentados na questão 03 apontam que 72,5% dos participantes acreditam que a automedicação pode ser positiva, enquanto 27,5% são contrários a este pensamento quando visto num contexto geral. Mas quando são específicos tratando da automedicação na sua própria vida, a compreensão de negatividade da automedicação sobe para 37,93% e o sentimento de positividade da automedicação passa a ser de 62,07%. Entendendo a automedicação como uma prática negativa, o discurso 3A traz uma posição consolidada sobre o assunto:

“Positivos não. Porque você pode tá gerando um malefício maior que um benefício, qualquer automedicação é danosa à saúde. Na verdade eu acho que automedicação é sempre negativa... Você confunde a doença que você vai tratar, um sintoma você pode ter várias coisas.”

Seguindo uma expressiva parte de médicos e até da população, a automedicação se apresenta com conotações negativas (MS, 2004), em parte por não ser vista na sua essência da responsabilidade. Alguns medicamentos realmente

podem ser consumidos sem prescrição médica, pois são destinados a sintomas sem gravidade, mas o maior problema é que os medicamentos mais consumidos são os que necessitam de receita médica. O consumo de medicamentos sem devida orientação ou prescrição médica ainda é visto com cautela e pode ser realmente entendido como ilegal quando tal uso é feito de forma inapropriada, através de fármacos que devem ser prescritos.

O bem estar favorece o desenvolvimento das potencialidades profissionais, o que garante, de forma efetiva, a qualidade da assistência prestada a uma clientela tão fragilizada e a satisfação no trabalho. As satisfações concretas estão associadas à proteção da vida, ao bem estar físico, biológico e mental, ou seja, à saúde do corpo, enquanto as satisfações simbólicas tratam da vivência qualitativa da tarefa que desenvolvem (DEJOURS, 1992). Nessa perspectiva, é o sentido e a significação do trabalho que importam nas suas relações com o desejo e com as motivações.

5 | CONCLUSÃO

A automedicação é uma realidade crescente e está presente no cenário mundial, praticada por diversas classes sociais e povos, gerando um grande problema de saúde pública. Nos trabalhadores da saúde, esta prática está ligada ao ambiente de trabalho, devido às facilidades de acesso ao medicamento e a prática do profissional com a medicação é outro influenciador da automedicação.

Os trabalhadores de enfermagem da terapia intensiva oncológica entendem o que se define como automedicação, fazem uso da automedicação no seu dia a dia, citando os analgésicos e anti-inflamatórios como os medicamentos mais utilizados e demonstram de forma natural e aceitável o uso dos medicamentos para tratar seus problemas. Torna preocupante a admissibilidade do uso de drogas psicoativas como antidepressivos e ansiolíticos além dos antimicrobianos, com agravante para o abuso desses fármacos.

Dentre as particularidades dos trabalhadores da saúde, há facilidade para aquisição dos fármacos, através da rede de amizade que este nutre com outros profissionais como médicos e farmacêuticos, que fornecem receitas e medicamentos para os profissionais de enfermagem. Outra característica contundente é o uso dos medicamentos existentes no setor de trabalho, dado a sua disponibilidade e facilidade de acesso.

As motivações para o uso da automedicação levantadas por este estudo foram o conhecimento proveniente da formação e da prática profissional, o fácil acesso aos medicamentos, a falta de tempo para se cuidar devido ao excesso de carga horária a cumprir, o descontentamento e falta de confiança no profissional médico, além da praticidade e dos hábitos culturais inerentes ao consumo de medicamentos. Não

obstante destes citados, a influência da mídia e das propagandas pelas indústrias farmacêuticas foram lembradas como ponto de impacto na decisão do consumo de medicamentos.

As instituições de saúde têm encontrado dificuldades para fornecer ao profissional melhores condições de trabalho, seja por baixa remuneração, elevada carga horária, condições de precariedade das instalações e equipamentos ou número insuficiente de profissionais, elevando a insatisfação e angústia, levando o trabalhador a desenvolver estratégias defensivas como rota de fuga.

Elevar o nível de informações, não apenas na quantificação, mas principalmente na qualidade de tais informações disponibilizadas aos trabalhadores torna-se fundamental, seja pelas peças publicitárias, seja no conhecimento das medicações e até nos medicamentos disponíveis para a terapia da automedicação. É levantada pelo estudo como possíveis estratégias a melhoria do atendimento médico ao profissional no ambiente de trabalho, melhor controle dos fármacos disponíveis no setor de trabalho e melhorias das condições de trabalho que cercam os profissionais, com a inclusão de espaços de socialização e terapias alternativas visando a qualidade de vida e qualidade do trabalho.

REFERÊNCIAS

Aluani EP. **Drogas: classificação e efeitos no organismo**. Mundo saúde. [Internet] 1999 Jan/Fev [Citado 2013 Ago 25];23(1):20-3.

Alvitres BC, Bejarano I. **Autodiagnóstico y automedicación en el personal de enfermería: una práctica usual en nuestros días**. Temas enferm. Actual. [Internet]. 2002 [citado 2012 Mar 30];10(49):40.

Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. **Perfil da automedicação no Brasil**. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1997 Fev [citado 2011 Ago 11];31(1):71-7.

Barros ARR, Griep RH, Rotenberg L. **Automedicação entre os trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2009 Dez [citado 2011 Ago 15];17(6):1015-22.

Bouza ET, Torrado RV. **Automedicación en el personal de enfermería hospitalaria**. Enferm. Clín. [Internet]. 2006 Jul [citado 2012 Mar 30];16(4):210-3.

Brasil, Ministério da Saúde. **Glossário do MS: Projeto Terminologia em Saúde**. 1ª ed. Brasília, DF [Internet]. 2004 [Citado 2012 Ago 04].

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, ficando revogadas as Resoluções CNS nº 196/96, 303/2000 e 404/2008**. Brasília; 1996.

Dejours C. **A loucura do trabalho**. 5ª. Ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.

Ferrareze MVG, Ferreira V, Carvalho AMP. **Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam**

em Terapia Intensiva. Acta paul enferm [Internet] 2006 Jul/Set [citado Lancman S, Uchida S. **Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho.** Cad. psicol. soc. Trab. [Internet] 2003 [Citado 2013 Ago 25];6(1):79-90.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. **Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí.** Cad. Saúde Pública [Internet]. 2005 Mar/Abr [citado 2013 Jan 15];21(2):545-53.

Martins ERC. **As substâncias psicoativas e o trabalhador de enfermagem.** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2006. [citado 2013 Mar 20].

Moutinho ECVS, Lopes GT. **Enfermeiro do programa saúde da família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos.** Rev enferm UERJ. [Internet] 2008 Jan/Mar [Citado 2013 Ago 25];16(1):51-7.

Paulo LC, Zanine AC. **Automedicação no Brasil.** AMB rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 1988 Mar/Abr [citado 2012 Ago 04];34(2):69-75.

Pin JG. **O profissional de enfermagem e a dependência química por psicofármacos: uma questão de saúde do trabalhador.** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 1999. [Citado 2011 Ago 04].

Queiroz SG. **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia.** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008. [Citado 2013 Mar 20]. 2013 Ago 20];19(3):310-5.

Tomasi E, Sant'anna GC, Oppelt AM, Petrini RM, Pereira IV, Sassi BT. **Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS.** Rev. bras. epidemiol. [Internet] 2007 Mar [citado 2013 Jan 15];10(1):66-74.

World Health Organization. Dpt. Of Essential Drugs and other Medicines. **The role of Pharmacist in self care-medication.** Geneva [Internet] 1998: WHO. [Cited 2011 Aug 04].

HIV/AIDS EM IDOSOS E SUAS REDES DE CUIDADO

Data de aceite: 27/11/2019

Monalisa Rodrigues da Cruz

Enfermeira Residente em Infectologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará -Fortaleza – Ceará

Danilo Silva Alves

Nutricionista Residente em Infectologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará - Fortaleza – Ceará

Renata Laís da Silva Nascimento Maia

Enfermeira Residente em Infectologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará- Fortaleza – Ceará

Ingrid da Silva Mendonça

Enfermeira Residente em Infectologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará- Fortaleza – Ceará

Darlley dos Santos Fernandes

Acadêmico do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário Estácio do Ceará -Fortaleza – Ceará

Maria Larissa de Sousa Andrade

Acadêmico do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário Estácio do Ceará -Fortaleza – Ceará

Gerlanny Mara de Souza Lopes

Acadêmico do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário Estácio do Ceará -Fortaleza – Ceará

Nathália Santana Martins Moreira

Acadêmico do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário Estácio do Ceará -Fortaleza – Ceará

Ranielle Barbosa Saraiva

Nutricionista Residente em Infectologia pela

Escola de Saúde Pública do Ceará - Fortaleza – Ceará

Brenda da Silva Bernardino

Nutricionista Residente em Assistência em Transplante pela Universidade Federal do Ceará - Fortaleza – Ceará

Bruna Rodrigues de Araújo Marques

Nutricionista, graduada pelo Centro Universitário Estácio do Ceará - Fortaleza – Ceará

Guilherme Almeida de Castro

Nutricionista, graduada pelo Centro Universitário Estácio do Ceará - Fortaleza – Ceará

RESUMO: A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) continua sendo uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) mais conhecidas no mundo, apesar de não ser a que possui maior índice de contaminação anual. A infecção se dá pelo vírus HIV, que ataca as células imunológicas. Algo bastante preocupante, quando falamos de aids, é a contaminação de idosos, que quase dobrou nos últimos anos, mostrando que a população antes dita não suscetível ao vírus hoje é tida como um grupo de risco a infecção e a transmissão. Trata-se de revisão integrativa da literatura sobre saúde do idoso e HIV/aids. O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes.

Em decorrência do progressivo aumento do número de casos de HIV/aids nessa faixa etária. Com isso, pode-se entender a necessidade de os profissionais de saúde enxergarem seus pacientes idosos como propícios ao risco de infecção pelo vírus HIV e que estes sejam sempre visíveis perante a sociedade e políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/aids , idosos, cuidado.

ABSTRACT: Acquired immunodeficiency syndrome (aids) remains one of the best known sexually transmitted infections (STIs) in the world, although it is not the one with the highest annual contamination rate. The infection of AIDS occurs by the HIV virus, which attacks the immune cells. A matter of great concern, when we talk about aids, is the contamination of the elderly, which has almost doubled in recent years, showing that the population previously said not susceptible to the virus, today is considered as a risk group infection and transmission. This is an integrative review of the literature on elderly health and HIV/aids. The growth of the elderly population is a worldwide phenomenon and is occurring at an unprecedented level. Due to the progressive increase in the number of HIV /aids cases in this age group. With this, one can understand the need for health professionals to see their elderly patients as prone to the risk of HIV infection and that they are always visible to society and public policies.

KEYWORDS: HIV/aids, elderly, care.

1 | INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) continua sendo uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) mais conhecidas no mundo, apesar de não ser a que possui maior índice de contaminação anual. A infecção se dá pelo vírus HIV, que ataca as células imunológicas. Sua contaminação ocorre através do sangue contaminado, de seringas compartilhadas, do esperma, de secreção vaginal e do leite materno. É uma doença que não possui cura, mas seu tratamento, quando realizado de forma correta, é eficaz, apesar dos efeitos colaterais proporcionados pelo mesmo. De acordo com Felix e Ceolim (2012) um dos maiores problemas relacionados à adesão da terapia antirretroviral são os efeitos colaterais da terapia. Oliveira et al.(2011), traz em seu estudo que os idosos ainda possuem dúvidas e incertezas em relação às formas de contágio pelo HIV. Isso se dá pelo fato de que, ainda é cultural relacionar a contaminação pelo vírus HIV a indivíduos “promíscuos”, como aos homossexuais e aos profissionais do sexo, excluindo, assim, os idosos. Algo bastante preocupante, quando falamos de aids é a contaminação de idosos, que quase dobrou nos últimos anos, mostrando que a população antes dita não suscetível ao vírus, hoje é tida como um grupo de risco a infecção e a transmissão. Um dos fatos mais alarmantes quando relacionamos HIV/aids com idosos é o

preconceito ainda existente por parte da população, que muitas vezes leva o idoso a não procurar maneiras preventivas, aumentando, assim, o número de indivíduos infectados e com maior probabilidade de transmitir a doença para seu parceiro. Segundo Maschio (2011), apesar dos estudos mostrarem que os idosos tem uma vida sexual ativa, a sociedade e eles próprios negam essa verdade, isso ocorre pela cultura da população e por serem indivíduos de uma época em que não se cogitava falar sobre assuntos relacionados à sexualidade. O enfermeiro, como profissional da saúde, tem o papel importante na relação de ajuda, mediante do cuidado e da desmistificação da enfermidade para o idoso soropositivo, sendo, assim, sua atuação fundamental para que se possam esclarecer as dúvidas acerca da doença, bem como oferecer uma assistência integral e de qualidade. O presente estudo tem o objetivo de verificar como ocorre a atuação dos enfermeiros ao idoso com HIV/aids.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura sobre saúde do idoso e HIV/aids. Para Soares et al. (2014), a revisão integrativa configura-se como um tipo de revisão da literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos revisores sintetizar resultados sem interferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos. Para o levantamento da literatura realizou-se acessos no banco de dados BIREME. As palavras-chave utilizadas foram: idoso e HIV/aids. Os critérios de inclusão dos artigos definidos para a revisão integrativa foram: artigos publicados em português, no período 2010 a 2015, artigos completos disponíveis na base de dado selecionada. Foram, inicialmente, obtidas 109 publicações; após avaliação dos critérios de inclusão, a amostra final foi constituída por 20 artigos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Em decorrência do progressivo aumento do número de casos de HIV/aids nessa faixa etária. De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, observou-se com relação às faixas etárias, entre 1998 e 2010, um aumento da taxa de incidência de casos de aids na faixa etária de 50 a 59, e de 60 anos a mais, esses dados foram avaliados de acordo com a taxa de incidência por 100.000 habitantes, podendo observar que em 1998 cerca 15,6% de indivíduos com 50 a 59 anos tinha algum tipo de IST, e a população com mais de 60 anos chegava a 4,9%. Já em 2010 os números tiveram um aumento considerável,

passando a 22,1 % em indivíduos de 50 a 59 anos e 7,0% em pessoas com mais de 60 anos (BRASIL, 2011). Sabe-se que a enfermagem atua no cuidado e prevenção de doenças. Deste modo, é dever do enfermeiro dar assistência ao paciente de forma integral, mantendo um diálogo, uma relação de empatia e confiança, esclarecendo todas as suas dúvidas e sempre dando liberdade para que o mesmo sintasse confortável a manifestar suas angústias, temores e anseios, vendo assim o enfermeiro como uma pessoa na qual possa confiar em todas as ocasiões. Segundo Macêdo, Sena e Miranda (2013), junto a evolução da enfermagem vieram as novas tendências direcionadas a assistência, saindo do modelo tecnicista, para o cuidar de maneira mais ampla, relacionando corpo e mente, tratando o indivíduo de forma humanizada. Tratando, assim, o indivíduo como um todo. A atuação do profissional da saúde com a pessoa que vive com HIV/aids deve ser diferenciada por ser um momento bastante delicado de sua vida. De acordo com Ultramari et al. (2011), é necessário que ocorra a capacitação de profissionais da saúde em relação a atividade sexual na velhice, para que possam tratar de temas relacionados a sexualidade com idosos. O enfermeiro deve utilizar-se de todo seu conhecimento acerca do cuidado humanizado para tratar destes pacientes, sendo necessário sempre o diálogo sobre a doença, sobre o conhecimento do paciente acerca da doença, aconselhando-o nos momentos mais difíceis. De acordo com Pequeno, Macêdo e Miranda (2013), o aconselhamento é considerado um momento de troca de informações e interações de sentimentos, muito importante para o paciente.

4 | CONCLUSÃO

Com isso, pode-se entender a necessidade de os profissionais de saúde enxergarem seus pacientes idosos como propícios ao risco de infecção pelo vírus HIV e que estes sejam sempre visíveis perante a sociedade e políticas públicas. Como a expectativa e qualidade de vida tendem a aumentar, torna-se necessário implementar estratégias para diminuir o estigma em relação à vida sexual das pessoas mais velhas, práticas educativas para esta população, bem como incentivar pesquisas que focalizem a relação entre idosos e HIV. Entende-se que as práticas de cuidado de si e do outro podem ser construídas nas relações sociais, afetivas, de aprendizagem e poder se estabelecem entre as pessoas, instituições, serviços de saúde e assistência, a essa população específica, as demandas diferenciadas exigem uma abordagem peculiar, pois é preciso avaliar que o envelhecimento não significa necessariamente uma associação com doenças ou uso constante de medicamentos, e sim um processo que reflete uma vida inteira de experiências, hábitos, crenças e costumes que devem ser respeitados e levados em consideração por toda população.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. 2011.

FELIX, G.; CEOLIM, M.F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. Rev. Esc. Enferm., São Paulo, v. 46, n.4, p. 884-891, 2012.

MACÊDO S.M., SENA M.C.S., MIRANDA K.C.L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.66, n.2, p.196-201, mar – abr. 2013.

MASCHIO, M. B. M. et al. SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.32, n. 4, p. 583-589, set. 2011.

OLIVEIRA D.C., et al. O significado do hiv/aids no processo de envelhecimento. Rev. Enferm. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.353-8. jul-set 2011.

PEQUENO C.S., MACÊDO S.M., MIRANDA K.C.L. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressuposto teórico para uma prática clínica fundamentada. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.66, n.3, p.437-41, mai-jun 2013.

SOARES C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev Esc Enferm. São Paulo. v.48, n.2, p. 335-45. 2014.

ULTRAMARI L., et al. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos. Rev. Eletr. Enferm. São Paulo, v.13, n.3, p.405-12. jul-set 2011.

FREQUENCY AND BEHAVIOR FOR SEFL-MEDICATION IN ELDERLY

Data de aceite: 27/11/2019

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Universidade Federal do Piauí. Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí.

Claudia Regina Pereira

Universidade Federal do Ceará. Hospital Universitário Walter Cantídio. Fortaleza – Ceará.

Francisca Tereza de Galiza

Universidade Federal do Piauí. Departamento de Enfermagem.
Teresina – Piauí.

Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício

Universidade Federal do Piauí. Departamento de Enfermagem.
Teresina – Piauí.

RESUMO: Objetivo: analisar a prática de automedicação em idosos ativos frequentadores de centros de referência da assistência social em Picos-PI. Método: pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa, realizada entre de abril de 2016 a janeiro de 2017 com 74 idosos. A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2016 em encontros semanais por meio de um formulário. Os dados foram organizados em tabelas e analisados pela

estatística descritiva. Resultados: 29 (85,3%) eram do sexo feminino, com idade entre 60-65 anos 43 (58,1%), 40 (54,1%) analfabeta, da religião católica 50 (67,6%), residindo com a família 66 (89,1%) e renda familiar 59 (79,7%) entre um e dois salários mínimos. Em relação ao uso de medicamentos 66 idosos (89,2%) relatam fazer uso de forma contínua, e 57 (77,0%) não foram prescritos por um profissional de saúde. Constatou-se que 57 (77,0%) praticam a automedicação, e destes, 55 (96,5%) de uma a duas vezes por semana. Os sintomas mais comuns para automedicação foram: cefaleia 38 (66,7%) e dor 18 (31,6%). A classe terapêutica mais relatada foi a dos analgésicos e antitérmicos 32 (56,2%) e as formas farmacêuticas são os comprimidos 35 (61,4%). Em resposta aos motivos que levaram a automedicação a que mais pontuou foi influência de terceiros 42 (73,7%). Verificou-se a influência de propagandas para a escolha do comportamento de automedicação em 43 (58,1%) idosos. Conclusão: a frequência de automedicação em idosos é elevada e pode ter sua influência baseada em aspectos culturais e de acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Automedicação; Saúde do idoso.

ABSTRACT: Objective: To analyze the practice of self-medication in active elderly people attending referral centers in Picos-PI. Method: exploratory, descriptive, quantitative research, conducted from April 2016 to January 2017 with 74 elderly. Data collection took place from October to November 2016 in weekly meetings using a form. Data were organized in tables and analyzed by descriptive statistics. Results: 29 (85.3%) were female, aged 60-65 years 43 (58.1%), 40 (54.1%) illiterate, Catholic 50 (67.6%), residing with the family 66 (89.1%) and family income 59 (79.7%) between one and two minimum wages. Regarding medication use, 66 elderly (89.2%) reported continuous use, and 57 (77.0%) were not prescribed by a health professional. It was found that 57 (77.0%) practice self-medication, and of these, 55 (96.5%) once or twice a week. The most common symptoms for self-medication were headache 38 (66.7%) and pain 18 (31.6%). The most reported therapeutic class was analgesics and antipyretics 32 (56.2%) and the dosage forms were tablets 35 (61.4%). In response to the reasons that led to self-medication that scored the most was the influence of third parties 42 (73.7%). The influence of advertisements for the choice of self-medication behavior was verified in 43 (58.1%) elderly. Conclusion: The frequency of self-medication in the elderly is high and may have its influence based on cultural aspects and access to health services.

KEYWORDS: Aging; Self-medication; Health of the elderly.

1 | INTRODUÇÃO

Conforme Aziz, Calvo e D'Orsi (2012) os idosos são potencialmente consumidores de medicamentos devido às alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, e destacam que entre as classes farmacológicas mais utilizadas estão os antibióticos, ansiolíticos, antidepressivos e os beta-adrenérgicos. A média de consumo diário é de dois a cinco medicamentos por dia e são particularmente sensíveis a efeitos adversos, interações medicamentosas e toxicidade (OLIVEIRA et al., 2012).

Estudo conduzido por Rezende, Gaede-Garillo e Sebastião (2012) alertam que o uso de medicamentos praticamente triplica à medida que o indivíduo envelhece, pois a tolerância a sintomas agudos, como por exemplo a dor, é reduzida, e acrescenta que a frequência deste aumento pode ser ainda maior quando consideradas as práticas de automedicação.

Cerca de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e 50% dos pacientes tomam medicamentos de maneira incorreta levando a altos índices de morbidade e mortalidade. Acrescenta-se que os tipos mais comuns de uso irracional de medicamentos estão relacionados às pessoas

que utilizam automedicação e polifarmácia, as quais são práticas comuns nas pessoas idosas, explicadas pelo número de doenças crônicas nesta faixa etária, elevada incidência de 14 sintomas e a realização de consulta e tratamento com especialistas diferentes (MARIN, 2008).

Além do suporte medicamentoso, prescrito por profissionais capacitados, que é comum ao tratamento de doenças crônicas que surgem nesta fase da vida, acrescenta-se o comportamento culturalmente apreendido de tratar determinados sinais e sintomas com o uso de medicamentos ou remédios que são indicados por pessoas não qualificadas para esta finalidade, bem como selecionados pela própria vontade.

Contextualiza-se a partir deste comportamento, a prática da automedicação, que é uma forma de autocuidado à saúde, entendida como a seleção de uso de medicamentos para a manutenção da saúde, prevenção de enfermidades, tratamento de doenças ou sintomas percebidos pelas pessoas sem a prescrição, orientação ou acompanhamento (VERNIZI; SILVA, 2016).

A prevalência e os fatores associados à automedicação em idosos vêm sendo investigada por meio de estudos epidemiológicos de base populacional, e os resultados apontam que tal prática varia entre os idosos residentes em diferentes localidades. Nos Estados Unidos, estudo com amostra representativa da população verificou que 42% usavam, no mínimo, um medicamento sem receita Qato, et al. (2008). No Brasil, estudo realizado em Bambuí, Minas Gerais, verificou prevalência de 17% e, no Município de Salgueiro no Pernambuco, 60% dos idosos entrevistados praticavam a automedicação (OLIVEIRA, 2012).

Diante disso idosos que se automedicam estão mais vulneráveis há riscos de intoxicação e até situações mais extremas como o óbito acidental. Na população idosa, estudo aponta a predominância do uso de medicamentos prescritos, mas nesse seguimento etário é comum prescrição de doses e indicações inadequadas, redundância e o uso de medicamentos sem valor terapêutico. Além disso, o consumo de medicamentos sem prescrição de um profissional de saúde habilitado é muito frequente (MONTEIRO et al., 2014).

Considerando as afirmações outrora demonstradas em pesquisas, questiona-se: Como se dá a prática da automedicação em idosos ativos assistidos por um centro de assistência social? Quais fatores contribuem para automedicação em idosos?

A relevância desse trabalho consiste em verificar a prática de automedicação em idosos ativos nos centros de referência da assistência social da cidade de Picos – PI, e com os resultados propor intervenções efetivas de modo a minimizar risco a saúde dos mesmos levando informações sobre esse problema. Assim o objetivo dessa pesquisa foi: analisar a prática de automedicação em idosos ativos

2 | MÉTODO

O presente estudo é do tipo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa. Foi desenvolvido em dois Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) no município de Picos - Piauí, no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017.

Os CRAS's da cidade de Picos recebem idosos encaminhados tanto pela rede como também de busca ativa e demanda espontânea. Aos mesmos são ofertados encontros semanais com atividades variadas como: oficina de trabalhos manuais, capoterapia, palestras com diversos temas, rodas de conversa, dentre outras modalidades.

A amostra foi composta por 74 idosos conforme os critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, e ser ativo cognitiva e funcionalmente conforme critérios estabelecidos pelo Questionário de Pfeffer e pela Escala de Lawton (BRASIL, 2006) e ser assíduo no centro de referência da assistência social. Foram excluídos os idosos que estavam cadastrados, mas que não compareciam às atividades há mais de três meses, o que demonstra baixo vínculo com os serviços ofertados no CRAS.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2016 nos encontros semanais ofertados pelo CRAS por meio de um formulário que contém perguntas sócio-demográficas, relacionadas ao consumo de medicamentos e sua prescrição.

Os idosos ao chegarem para o encontro foram abordados e convidados a participar da pesquisa onde previamente foi explicado do que se tratava. Os que aceitaram foram encaminhados um por vez para uma sala reservada onde o pesquisador teve entre 10 e 20 minutos para realizar a avaliação cognitiva e funcional, utilizando o questionário de PFEFFER e a escala de LAWTON e em seguida realizado as perguntas do formulário. Foi realizado um pré-teste com dois idosos após a aprovação ética e antes da coleta efetiva dos dados, para garantir a viabilidade do instrumento e o tempo necessário para sua aplicação.

Os dados foram organizados em tabelas e analisados através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, com distribuição das frequências absoluta e relativa do perfil sociodemográfico e consumo de medicamentos pelos idosos, onde se realizou inferência estatística de descrição das variáveis consumo de medicamentos e características sociodemográficas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (UFPI) com o parecer nº1.885.347.

3 | RESULTADOS

Destaca-se que no CRAS I: em relação ao sexo 29 (85,3%), era do sexo feminino e 5 (14,7%), do sexo masculino, a faixa etária que mais pontuou no sexo feminino foi 60-65 (58,8%), e no masculino 5 60-65 (14,7%); já no CRAS II: houve maior frequência de idosas do sexo feminino correspondendo a 34 (85,0%), a faixa etária que mais se destacou foi 60 a 65 anos 15 (44,1%), já do sexo masculino eram 6 (15,0%), com faixa etária equitativamente presente 60-65 3 (50,0%) e 66-70 3 (50,0%).

No entanto, como a pesquisa não busca comparar as instituições optou-se por somar os grupos e realizar as testagens estatísticas para validar a hipótese inicial da pesquisa. Desta forma, considerando o grupo amostral total, no que se refere ao sexo houve predomínio do sexo feminino com 63 (85,1%) com destaque na faixa etária de 60-65 anos 43 (58,1%).

Considerando que padrões culturais e sociais poderiam intervir na escolha pela prática de automedicação, verificou-se nesse estudo que em relação à estratificação do nível de escolaridade, a maior parte 40 (54,1%) é analfabeta, com religião predominantemente católica 50 (67,6%). Em relação a moradia 66 (89,1%) relataram morar com a e terem renda familiar entre um e dois salários mínimos 59 (79,7%).

Investigou-se também a frequência de hábitos de risco que estão fortemente presentes na cultura nordestina e que podem agravar ou retardar os efeitos dos medicamentos, entre eles o consumo do tabaco, onde 59 (79,7%) referiram não fazer uso. Complementarmente, ao serem questionados sobre a ingestão de bebidas alcoólicas 72 (97,3%) relatam não fazer uso.

Tomando como base o conhecimento acerca da incidência de doenças crônicas na terceira idade, e que portanto, é um fator que pode aumentar o uso de medicamentos, sintomáticos ou contínuos, realizou-se a investigação sobre esta variável, e obteve-se que 62 (83,8%) já possuíam alguma doença crônica diagnosticada e em tratamento, destacando-se como as mais frequentes: hipertensão arterial sistêmica 52 (70,27%), diabetes mellitus 20 (27,03%).

Em relação ao uso de medicamentos 66 idosos (89,2%) relatam fazer uso de forma contínua e 14 (18,9%) referem o uso apenas de forma sintomática. Observa-se ainda que quanto ao agente que indicou o uso do medicamento 57 (77,0%) disseram que os medicamentos não foram prescritos por um profissional de saúde, enquanto apenas 17 (23,0%) relatam fazer uso apenas medicamentos prescritos por profissionais, configurando, portanto, uma frequência elevada de práticas arriscadas para erros ou eventos adversos com medicação já que a maioria não segue protocolos terapêuticos prescritos por um profissional habilitado.

Constatou-se que 57 (77,0%) praticam a automedicação, e destes, 55 (96,5%) de uma a duas vezes por semana. Num contraponto, apenas 17 (23,0%) relataram não praticar esse hábito. No que diz respeito ao conhecimento sobre o medicamento de uso 64 (86,4%) relatou não conhecer. Quando questionados sobre os sintomas mais comuns para se automedicarem foram citados: cefaleia 38 (66,7%), dor 18 (31,6%), resfriado 5 (8,8%), febre 4 (7,0%), e infecções 2 (3,6%), conforme apresentado na tabela 1.

Investigou-se a ocorrência de algum efeito adverso após a automedicação, e 52 (93,5%) responderam nunca ter sentindo-se mal.

Em resposta aos motivos que levaram a automedicação a que mais pontuou foi influência de terceiros 42 (73,7%). Também verificou-se a influência de propagandas para a escolha do comportamento de automedicação, e 43 (58,1%) relatam que têm o hábito de comprar medicamentos que aparecem em propagandas para testar sua eficácia. Quando questionados se indicam automedicação para outras pessoas a frequência de respostas foi equilibrada com 37 (50,0%) para sim e 37 (50,0%) não (Tabela 1).

Variável	N (%)
Uso de medicamentos*	
Contínuo	66 (89,2)
Sintomático	8 (10,8)
Automedicação	
Sim	57 (77,0)
Não	17 (23,0)
Conhece os riscos da automedicação	
Sim	10 (13,6)
Não	64 (86,4)
Sintomas auto referidos para automedicação*	
Cefaleia	38 (66,7)
Dor	18 (31,6)
Febre	04 (7,0)
Resfriado	05 (8,8)
Infecções	02 (3,6)
Frequência da automedicação	
De 1 a 2 vezes por semana	55 (96,5)
3 vezes por semana	2 (3,5)
Motivações para automedicação*	
Prescrição anterior	5 (8,8)
Influência de terceiros	52 (91,2)
Influência de propagandas e automedicação	
Sim	43 (58,1)
Não	31 (41,9)

Tabela 1: Distribuição dos aspectos comportamentais relacionados ao consumo de medicamentos e automedicação por idosos. Picos, PI, Brasil, 2017. (n=74)

FONTE: dados da pesquisa

* A pontuação deste item foi considerada de acordo com a opção de múltipla escolha.

De acordo com a análise das respostas pode se observar que a classe terapêutica mais relatada foi a dos analgésicos e antitérmicos 32 (56,2%), seguida por fitoterápicos 19 (33,3%,) e anti-inflamatórios 6 (10,5%).

A forma farmacêutica que é a apresentação física do medicamento, e é capaz de influenciar a farmacocinética também foi avaliada. Assim, as formas que estão sendo mais utilizadas na automedicação foram: comprimido 35 (61,4%), seguido de gotas 14 (24,6%), e capsulas 8 (14%) (tabela 2).

VARIÁVEL	N
Classe terapêutica	
Analgésicos e antitérmicos	32 (56,2)
Anti-inflamatórios	6 (10,5)
Fitoterápicos	19 (33,3)
Forma Farmacêutica	
Comprimido	35 (61,4)
Gotas	14 (24,6)
Capsulas	8 (14,0)

Tabela 2: Distribuição dos tipos de medicamentos utilizados para automedicação por idosos quanto à classe terapêutica e forma farmacêutica. Picos, PI, Brasil. 2017.

FONTE: dados da pesquisa

4 | DISCUSSÃO

Entre os participantes houve maior frequência do sexo feminino 63 (85,1%), que corrobora com as reflexões apresentadas por Almeida, et al., (2015) em que se demonstra o fenômeno da femininização do envelhecimento, caracterizado pelo maior comportamento de busca de saúde apresentado pelas mulheres e também pela elevada taxa de mortalidade masculina durante a idade adulta.

Com relação a variável faixa etária, a que mais pontuou com 43 (58,1%) foi entre 60-65 anos, evidenciando, portanto, congruência com os resultados apresentados em outras pesquisas que trabalharam a temática automedicação em idosos em diversas regiões do Brasil, as quais demonstraram que a média de idade foi: 45,7% de 60 a 69 anos (Santos et al. 2013); 11,4% tinham entre 60-69 anos (Oliveira et al, 2012).

Sabendo-se que o grau de escolaridade pode interferir no conhecimento das pessoas sobre determinadas informações, a maior parte 40 (54,1%) reportou ser analfabeta, encontrando consonância com os resultados de maior frequência de analfabetos do estudo de Brasil, Formiga et al., (2013) onde se buscou traçar o perfil de idosos participantes de grupos de promoção à saúde no município de Picos.

A esse respeito, Santos et al., (2015) justificam que o baixo nível de escolaridade de um indivíduo pode comprometer a adoção de comportamentos saudáveis, e, portanto, aumentar uma série de vulnerabilidades e riscos à saúde, como por exemplo, a automedicação. Explicam ainda que pessoas capacitadas e com elevada escolaridade ou bom nível de alfabetização podem ser mais conscientes acerca dos riscos de determinados comportamentos, e assim evitá-los.

Segundo Peres (2009) no semiárido nordestino existem os piores índices de analfabetismo do país, especialmente na população com mais de 60 anos. Atribuindo esse fato devido ser uma área predominantemente rural, e, portanto, caracterizada pela precariedade estrutural, que inclui a não oferta de escolas públicas de boa qualidade.

No estudo ora desenvolvido, houve predomínio de idosos da religião católica. As crenças culturais e religiosas são citadas por Britto e Camargo (2011) como fortes componentes que se relacionam diretamente a comportamentos de melhoria ou de risco para saúde. Estes autores reforçam que o estilo de vida adotado por um indivíduo se reflete em práticas sociais e de saúde que visam o bem-estar, sendo a religião um dos suportes de apoio em que se pode normatizar aquilo que é importante para a pessoa.

Na busca por detalhes que possam interferir na prática da automedicação se buscou saber acerca da correlação entre residir com a família ou sozinho e sua interferência nessa escolha, onde se obteve os seguintes resultados: 66 (89,1%) relataram morar com a família e 8 (10,9%) moram sozinho. No estudo realizado por Loyola Filho et al., (2005) 46,7% da amostra residia com a família em outro estudo realizado por Neves et al. (2013) 43,0% dos entrevistados residia com a família.

De acordo com Perlini; Leite; e Furini (2007) a família pode ser caracterizada como o contexto mais próximo do idoso e havendo um bom relacionamento poderá haver implicações positivas para a saúde. Almeida (2013) diz que é necessário a conscientização da família no cuidado ao idoso, pois permite um maior envolvimento, o que resultará num maior interesse nas questões do idoso tornando um pilar de apoio ao mesmo.

Para Ramos; Menezes; Meira (2010) idosos que vivem com suas famílias ou outras pessoas, parecem estar mais bem amparados em caso de problemas de saúde. Em contrapartida, idosos que moram sozinhos podem ser considerados mais desprovidos de apoio diante de tais dificuldades, assim, salienta-se que a família também pode atuar como vigilante na redução de comportamentos de risco, como é o caso de uso de medicamentos sem a prescrição adequada.

Na perspectiva da renda familiar, não houve discrepâncias com os resultados divulgados nas pesquisas de outras regiões do Brasil, como por exemplo, no estudo de Neto et al., (2012) realizado no sudeste, onde a renda familiar que mais pontuou

1 a 3 salários perfazendo 87,62%, e na pesquisa de Duarte et al., (2012) em que a renda mais frequente foi 3 salários mínimos. Luz et al, (2014) despertam para a reflexão de que a renda mensal dos idosos é relativamente baixa em todo o território nacional e que as principais fontes mantenedoras são as aposentadorias e pensões.

Para Viana et al., (2015) o baixo poder aquisitivo e a precariedade encontrada nos serviços de saúde cooperam para que se tenham facilidade em adquirir medicamentos sem prescrição. Os autores reportam que embora a política de acesso a medicamentos no Brasil tenha sofrido drástica expansão nos últimos anos após a implantação do SUS, ainda é insuficiente a forma como alguns recursos financeiros e administrativos de saúde são organizados a nível local, o que aumenta a busca pelos medicamentos fora dessa rede de serviços públicos, onde as receitas médicas nem sempre são obrigatórias.

Com o aumento da população idosa novos desafios surgem aos serviços e profissionais de saúde, pois o envelhecimento acomete órgãos e tecidos, elevando a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial sistêmica, doenças osteoarticulares, diabetes mellitus, entre outras), que demandam acompanhamento contínuo, exames periódicos e tratamento medicamentoso de uso prolongado (GIRONDI et al., 2013).

O maior convívio com problemas crônicos de saúde faz dos idosos grandes consumidores de serviços de saúde e de medicamentos. Esse grupo etário é o mais medicalizado e o que apresenta os maiores indicadores de prevalência e incidência de comorbidades. (MENEZES, LOPES, AZEVEDO, 2009).

Segundo Luz; Lima; e Monteiro (2013) com a facilidade de se encontrar medicamentos a venda sem necessidade de apresentar uma prescrição, sendo possível encontra-los nos supermercados, torna-se fácil a aquisição dos fármacos, o que para algumas pessoas pode ser benéfico, mas para outros é um perigo, visto que compram e consomem indiscriminadamente medicamentos pertencentes a vários grupos terapêuticos, sem respeitar as doses, as vias e o efeito do mesmo, ou mesmo pensar na possibilidade de uma interação medicamentosa.

Em estudo, Santello et al., (2013) verificaram que 88,52% dos idosos fazem o uso de medicamentos sem prescrição de um profissional. Ou seja, percebe-se que há uma frequência muito elevada entre um público que requer cuidados peculiares e maior vigilância.

Em estudo semelhante Santello et al. (2013) 66,48% dos entrevistados afirmaram se automedicar e que os sintomas que mais levaram ao consumo do medicamento por conta própria, foram: dor 65,26% e febre 16,84%. Sendo que, dos idosos que se automedicaram 8,96% relataram problemas relacionados ao uso do medicamento, mas sem notificação adequada ao sistema de saúde.

Monteiro; Azevedo; Belfort (2014) encontraram que 67% dos idosos de seu grupo amostral já realizaram esta prática em algum momento, considerando um recordatório de 15 dias. Em relação à frequência do uso de medicamentos sem prescrição médica, evidenciou-se que 92,54% dos idosos fazem quando têm algum tipo de queixa clínica. E quanto à procura pelos serviços de saúde nos últimos dias, apenas 8,96% dos idosos que se automedicam referiram ter comparecido a menos de quinze dias a uma semana em consulta médica.

No estudo de Sá; Barros; Sá (2007) os motivos mais frequentes apresentados, com relação aos sintomas que levam os participantes à utilização de medicamentos por conta própria, os mais citados foram a dor 38,3%, seguida de febre 24,4%, o demonstra consonâncias aos dados encontrados.

Segundo Vandermause et al., (2016) a automedicação pode trazer prejuízos que vão além dos gastos com medicamentos, atrasando o diagnóstico, a terapêutica adequada, como consequência o aparecimento de reações adversas ou alérgicas, e intoxicação. Ela coloca em risco a saúde da população idosa além de oferecer riscos quando associados aos medicamentos prescritos, retardando o diagnóstico adequado e mascarando muitas vezes doenças graves.

Neste contexto, vale ressaltar que a automedicação pode ser realizada de forma responsável, como descrevem Santos et al., (2013) ao mencionarem o conceito de automedicação responsável apregoado pela Organização Mundial de Saúde, que é aquela que quando feita de forma certa pode trazer benefícios para a saúde. Podendo ser feita por diversas formas nas quais o indivíduo ou responsáveis decidem, sem avaliação médica, compartilhando remédios com outros membros da família ou do círculo social, sendo a mesma entendida como parte das ações de autocuidado.

Cascaes; Falchetti; Galato (2008) destacam que em sua pesquisa sobre a seleção do manejo adotado na automedicação, observou-se que na maioria das vezes 55,9% (76 situações) relataram receber orientação de terceiros.

Em estudo semelhante realizado por Monteiro; Azevedo; e Belfort (2014) os motivos que levam os idosos a automedicação 39,24% referiram conhecimento e uso prévio do medicamento, 20,25% declararam falta de tempo para buscar profissionais e serviços de saúde e 16,46% por indicação de um conhecido.

Filho; Almeida; e Pinheiro (2013) trazem em seu estudo que 31(62%) idosos afirmaram que se automedicaram incentivados pela publicidade acerca dos medicamentos. Ainda segundo eles a mídia assume papel importante como influenciadora quando o tema é automedicação, a disputa entre as empresas fabricantes de medicamentos garantindo a eficiência e a segurança de seu produto aliado ao poder de circulação em massa da mídia através de anúncios como: alívio imediato da dor, melhora do desempenho físico, aumento do apetite e faz ficar

calmo são fortes incentivos à automedicação.

Geralmente, as classes medicamentosas dos analgésicos e anti-inflamatórios são mais comumente utilizadas porque os referidos sintomas que elas tratam se instalam com maior frequência durante o envelhecimento. Segundo Papaléo Netto (2009), a musculatura apresenta-se com uma espessura menor; os vasos sanguíneos ficam mais frágeis, propiciando fácil aparecimento de lesões e alterações; podendo ocorrer facilmente situações de mudanças de temperatura; há queda da massa óssea, perda de massa muscular, diminuição dos espaços intraarticulares, alterações do sistema nervoso decorrentes da perda de massa encefálica, com consequente comprometimento de equilíbrio.

As formas farmacêuticas mais consumidas no grupo estudado foram os comprimidos, gotas e cápsulas, concordado com a investigação realizada por Verzini e Silva (2016) ao levantarem características da automedicação em adultos e idosos por meio de uma revisão de literatura. Neste mesmo estudo, os autores exploram os riscos da toxicidade que podem estar associados à metabolização de determinadas formas farmacêuticas pelo organismo, reiterando que essas formas mais frequentemente utilizadas necessitam percorrer o trato gastrintestinal (TGI) e serem metabolizadas a nível hepático para produzirem efeitos benéficos ao organismo. No entanto, o TGI do idoso já encontra-se mais lento e com metabolismo reduzido, o que pode retardar o efeito esperado pelos medicamentos ou levar a situações de superdosagens.

5 | CONCLUSÃO

Pode-se evidenciar que houve predomínio do sexo feminino destacando a faixa etária de 60-65 anos, sendo a maioria analfabeta e com renda inferior a três salários mínimos. No que se refere à automedicação, a maioria da amostra afirma praticá-la, com uma frequência bem significativa de duas a três vezes por semana. Além disso as classes terapêuticas mais utilizadas foram os analgésicos e anti-inflamatórios em apresentações de comprimidos, gotas e capsulas e que deixam influenciar-se por propagandas na escolha de medicamentos.

Destacam-se como limitações da pesquisa a limitação geográfica de realização do estudo e o reduzido grupo amostral, o que inviabiliza generalização dos dados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B. **A insuficiência familiar no cuidado ao idoso e seus reflexos na atenção primária a saúde**, 2013. 50f. Monografia (Graduação em Enfermagem) UFMG, Belo Horizonte MG, 2013.

ALMEIDA, A.V. et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Texto & Contexto Enfermagem**, Porto Alegre, v.14, n.1, p. 115-131, 2015.

AZIZ, M. M.; CALVO, M. C. M; D'ORSI, E. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 52-64, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, M. J. P., CAMARGO, M. J. P. Vertentes do ensino de português em cursos superiores, **Cienc. saúde coletiva**, Sorocaba, SP, v. 16, n. 2, p. 345-353, 2011.

FILHO, P. C. P., ALMEIDA, T. Á. G. P., PINHEIRO, M. L. P. Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. **Rev. enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v.21, n. 6, p. 197-201, 2013.

FORMIGA, L. M. F. et al. Profile of older persons participating groups of health promotion. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 2, n. 4, p. 28- 34, 2013.

REZENDE, A. C., CARRILLO, M. R. G.; SEBASTIAO, E. C. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2223-2235, 2012.

GIRONDI, J. B. R. et al. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. **Rev. Enfermagem. UFSM**, v. 3, n. 2, p. 197-204, 2013.

LUZ, D. J., LIMA, J. A. S., MONTEIRO. G. L. Automedicação no idoso. **Escola Superior de Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n. 21, p. 230- 242, 2013.

MENEZES, T.M.O., LOPES, R. L. M., AZEVEDO, R.F. A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. **Rev. Eletr. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 202-224, 2009.

MONTEIRO, O. R. B. et al. Polifarmácia entre idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Rev. Enfermagem UFPI**, v. 3, n. 2, p.56-61, 2014.

NEVES, S.J.F. et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.47, n. 4, p. 759-68, 2013.

NETO, J. A. C. et al. Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: um olhar sobre a polifarmácia. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 305-313, 2012.

OLIVEIRA, M. A. et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 335-345, 2012.

PAPALÉO, N. M. Gerontologia: **a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2009.

PERES, M. A. C. A educação de jovens e adultos e o analfabetismo entre idosos no semiárido nordestino: velhice e exclusão educacional no campo. **Revista on-line Verinotio**, v. 5, n.10, p. 346-351, 2009.

PERLINI, M.N.O.G., LEITE, M. T., FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP, v.41, n.2, p.229-36, 2007.

QATO, D.M. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among

older adults in the United States. **JAMA**, v. 48, n. 300, p. 2867-78, 2008.

RAMOS, J.L. C., MENEZES, M. R., MEIRA, E. C. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 43-54, 2010.

SÁ, M. B., BARROS, J. A. C., SÁ, M. P. B. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTELLLO, F. H. et al. Perfil da automedicação em idosos no Município de Barretos. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n. 1, p. 34 -39, 2013.

SANTOS, T. R. A. et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 94-103, 2013.

SILVA, J. A. C. et al. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. **Rev. Bras. Clín. Medica**, v. 11, n. 1, p. 27-30, 2013.

VANDERMAUSE, R. et al. Perserving Self Medication Traking Practices and Preferences of Older Adults With Multiple Chronic Medical Coditions, **J Nurs Scholarsh**, v. 48, n. 6, p. 533-542, 2016.

VERNISI, M. V., SILVA, L.L. A prática de automedicação em adultos e idosos: uma revisão de literatura. **Rev. Saúde e desenvolvimento**, v. 10, n. 5, p. 53-72, 2016.

PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS AO IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 27/11/2019

Mariana Ramos Guimarães

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense – UFF. Niterói - RJ.

Donizete Vago Daher

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Pós-doutorado em Saúde Pública. Professora Titular da Universidade Federal Fluminense – UFF. Niterói - RJ.

Florence Tocantins Romijn

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro - RJ.

Aline Ramos Velasco

Enfermeira. Doutorando em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO. Rio de Janeiro - RJ.

Ândrea Cardoso de Souza

Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense – UFF. Niterói - RJ.

RESUMO: Objetivou-se analisar, na produção científica, como as práticas dos profissionais de saúde contemplam a promoção da saúde e prevenção dos maus-tratos ao idoso. Trata-se de uma revisão integrativa, que tem como questão: “Como as práticas de saúde

desenvolvidas por profissionais contemplam ações de promoção da saúde e a prevenção dos maus-tratos ao idoso?”. A busca foi realizada nas bases MEDLINE e LILACS, utilizando os descritores: “Saúde do idoso” e “Maus tratos ao idoso”. Incluíram-se artigos originais publicados em português, inglês e espanhol, entre 1994 a 2015. Excluíram-se artigos duplicados, teses de dissertações, editoriais, opiniões, resenhas/capítulos de livro e os artigos com acesso pago. A amostra foi composta por nove artigos analisados por meio da Análise de Conteúdo. Construíram-se duas categorias: Práticas de promoção da saúde do idoso; e Práticas de prevenção de maus-tratos à pessoa idosa. Foi identificado lacunas do conhecimento. Foram evasivas as ações de vigilância às violências. Ações de educação permanente sobre promoção da saúde e prevenção dos maus-tratos aos idosos necessitam ser instituídas.

PALAVRAS-CHAVE: atenção à saúde do idoso; maus-tratos ao idoso; prevenção primária; promoção da saúde.

ELDERLY HEALTH PROMOTION AND
HEALTH PREVENTION PRACTICES
AGAINST MISTREATMENT: AN

ABSTRACT: This study aims to analyze scientific literature how the healthcare profession practices contemplate the promotion of health and prevention of elder abuse. It is an integrative review, whose question is, “How the health practices developed by health professionals include elderly health promotion and health prevention of mistreatment?” The search was done on the MEDLINE and LILACS, using the descriptors: “Health of the Elderly” and “Elder Abuse”. Were included originals articles published in Portuguese, English and Spanish languages, between 1994 to 2015. Duplicated articles, dissertations on the databases, editorials, reviews, book reviews / chapters, and articles with paid access were excluded. The sample was composed by nine articles that analyzed through content analysis process. It was built up categories: Elderly health promotion practices and Prevention practices of elder abuse. Gaps in knowledge were identified. Were evasive the actions of violence surveillance. Actions of permanent education about health promotion and health prevention against of elder abuse still need to be instituted.

KEYWORDS: elderly healthcare; elder abuse; primary prevention; health promotion.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de envelhecimento da população vem ocorrendo de forma acelerada. Em 2025, estima-se um quantitativo superior a 32 milhões de idosos, representando 15% da população total do país (BRASIL, 2014a), o que nos apresenta o desafio de pensar a cultura de cuidados aos idosos.

O envelhecimento populacional tem ampliado a visibilidade da violência impetrada ao idoso. Na última década, dado ao crescente aumento dos casos de maus-tratos ao idoso, a temática despertou o interesse da comunidade científica (VELLO; PEREIRA; POPIM, 2013).

O maltrato ao idoso é definido como: “Um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (BRASIL, 2005, p.11). Desse modo, neste estudo a violência ao idoso é entendida, também, como maus-tratos.

Esse fenômeno social que geram reflexos sobre a qualidade de vida dos indivíduos. Logo, os serviços e profissionais devem estar preparados, atuando na prevenção, identificação e assistência aos idosos (RODRIGUES et. al., 2010).

A relevância do estudo está no fato de que a prevenção aos maus-tratos aos idosos visa obter menor custo em atendimentos às vítimas e maior abrangência na proteção desta população. A análise da produção científica socializada sobre esta temática contribui para mapear as ações hoje realizadas. Além disso, destaca-se a importância das práticas de promoção da saúde e o estímulo ao desenvolvimento

da cultura da paz (BRASIL, 2001). Elegeu-se como **objeto de estudo**: Práticas em saúde que contemplam ações de promoção da saúde do idoso e de prevenção dos maus-tratos à pessoa idosa presente nas produções científicas brasileiras, e como **objetivo**: analisar, na produção científica, como as práticas dos profissionais de saúde contemplam a promoção da saúde do idoso e a prevenção dos maus-tratos contra a pessoa idosa.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que se desenvolveu a partir das etapas propostas por Botelho (2011): (1) definição do tema e da questão de pesquisa; (2) seleção dos descritores, bases de dados e estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; (3) identificação dos estudos selecionados (4) categorização dos estudos selecionados; (5) análise e interpretação dos resultados (6) apresentação da síntese do conhecimento. A questão da pesquisa foi: “Como as práticas de saúde desenvolvidas por profissionais contemplam ações de promoção da saúde e a prevenção dos maus-tratos ao idoso”? No período de junho a julho de 2015 apropriando-nos dos descritores: “Saúde do idoso” e “Maus tratos aos idosos”, que foram inseridos, inicialmente, de forma individualizada e articulada, realizou-se a busca nas bases de dados eletrônicas Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE); e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: Publicações disponíveis na íntegra; em português, inglês e espanhol; entre 1994 a 2015; sobre “Práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde frente à violência contra o idoso”; na modalidade de artigo original; e referentes à atenção à saúde na realidade brasileira, ou seja, realizados no Brasil. Excluíram-se: dissertações e teses; estudos duplicados nas bases de dados; editoriais; opiniões; resenhas/capítulos de livro e os artigos científicos com acesso pago.

Com a finalidade de organizar as informações foi construído um instrumento contendo: título, autores, periódico e ano de publicação (**Quadro 1**). Posteriormente, realizou-se a síntese dos artigos, sendo extraídas as informações que correlacionavam com o objetivo do estudo (**Quadro 2**). Em seguida, analisou-se através da técnica de Análise Temática (BARDIN, 2011).

3 | RESULTADOS

Na MEDLINE encontrou-se **1.351** publicações, sendo **429** disponíveis na íntegra, **420 em** português, inglês e espanhol, e **414** indexadas no período entre

1994 a 2015. Foram lidos **414** resumos para identificar práticas desenvolvidas por profissionais de saúde frente à violência ao idoso, resultando em 25 estudos. Destes, 24 eram artigos originais, sendo 9 internacionais. Logo, 15 artigos referentes à realidade brasileira foram selecionados para serem lidos na íntegra. Já na LILACS, das **122** publicações, apenas **67** estão na íntegra e em português, inglês e espanhol. Desses, 25 publicados entre 1994 a 2015. A partir da leitura das produções para a identificação das práticas desenvolvidas por profissionais de saúde frente à violência contra o idoso, identificou-se 12 artigos, sendo 11 originais e referentes à realidade do Brasil (**Figura 1**).



Figura 1. Fluxograma referente ao quantitativo de produções científicas encontradas nas bases de dados conforme critérios de inclusão.

Dos 26 artigos excluíram-se 9 por duplicidade e 6 por não possuírem acesso gratuito, resultando em 11 artigos. A leitura na íntegra revelou que 2 não contemplam práticas de promoção da saúde e prevenção dos maus-tratos aos idosos. Logo, a amostra final foi composta por 9 artigos. Visando organizar as informações, construiu-se um quadro contendo dados quanto a estas publicações (**Quadro 1**).

Nº	Título	Autores	Periódico	Ano
A1	Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde ¹	Wanderbroocke, Moré.	Cad Saude Publica.	2013
A2	Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil)	Lima, et. al.	Cien Saúde Coletiva.	2010

A3	Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)	Cavalcanti, Souza.	Cien Saúde Coletiva	2010
A4	Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil)	Mello, Moysés.	Cien Saúde Coletiva.	2010
A5	Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil	Ribeiro, Barter.	Cien Saúde Coletiva.	2010
A6	Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil)	Santos, et. al.	Cien Saúde Coletiva.	2010
A7	Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras	Valadares, Souza.	Cien Saúde Coletiva.	2010
A8	Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras	Deslandes, Souza.	Cien Saúde Coletiva	2010
A9	Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil)	Freitas, Teófilo.	Cien Saude Coletiva.	2010

Quadro 1. Elementos considerados quanto aos artigos selecionados. Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

Os estudos foram publicados em periódicos brasileiros, sendo 1 na Revista de Saúde Pública e 8 na Revista Ciência Saúde Coletiva. Apenas 1 artigo foi publicado um no ano de 2013 e 8 em 2010, mostrando a descontinuidade na produção científica. Posteriormente, para obter maior clareza, construiu-se um quadro contendo dados dos artigos e a síntese das práticas de saúde desenvolvidas (**Quadro 2**).

Nº	Delineamento do estudo (Método)	Cenário	Práticas de promoção da saúde	Práticas de prevenção dos maus-tratos
A1	Abordagem qualitativa/ observação participante.	Unidade básica de saúde	Cuidado frente ao isolamento social; busca de outros familiares frente às dificuldades nos cuidados do idoso.	Avaliação Global do idoso; escuta qualificada.
A2	Triangulação de métodos/ abordagem mista	Unidades pré-hospitalares, hospitalares e de reabilitação	Cuidado frente ao isolamento social; inclusão social do idoso; práticas que envolvam a rede intersetorial.	-
A3	Abordagem qualitativa/ entrevista.	Unidades pré-hospitalares, hospitalares e de reabilitação.	Diálogos com a família; orientação aos familiares para lidarem com o idoso.	-
A4	Triangulação de métodos/ abordagem mista	Unidades pré-hospitalares.	Atenção frente ao isolamento do idoso; reuniões com cuidadores, estímulo ao autocuidado, ao convívio social e divisão de tarefas.	-
A5	Triangulação de métodos/ abordagem mista	Serviços de reabilitação.	Grupos para prevenir sequelas; atendimento familiar; estímulo neuropsicomotor, avaliação global; atenção multiprofissional; reinserção comunitária; estimular autocuidado; rede de suporte.	Uso de instrumentos de triagem para detecção de distúrbios de saúde.

A6	Estudo descritivo/ abordagem mista	Unidades pré-hospitalares, hospitalares e de reabilitação.	Estimular autocuidado; atendimento familiar; atividades comunitárias; oficina terapêutica; orientação aos cuidadores; buscar a rede de suporte; informar os direitos; prevenir sequelas.	Diagnóstico da violência através de instrumentos de triagem
A7	Triangulação de métodos/ abordagem mista	Serviços de saúde mental.	Oficinas terapêuticas; atividades comunitárias e grupais; estimular autocuidado; reduzir sequelas; capacitar os cuidadores dos idosos; estímulo à participação em conselhos e clubes; identificar rede de suporte e informação sobre direitos.	Avaliação e triagem para detecção de distúrbios e/ou isolamento social; ações de prevenção.
A8	Triangulação de métodos/ abordagem mista	Serviços pré-hospitalares	-	Avaliação Global dos idosos
A9	Estudo descritivo/ abordagem qualitativa.	Projeto Disque Idoso em Sobral	Desenvolver práticas de prevenção de sequelas que envolvem a rede intersetorial.	-

Quadro 2. Identificação dos artigos selecionados contendo os elementos: título, delineamento dos estudos, cenário e as práticas desenvolvidas que contemplam a prevenção dos maus-tratos aos idosos. Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

Identificaram-se os métodos de pesquisa: 1 de abordagem qualitativa, por meio de observação participante; 5 estudos por meio da Triangulação de métodos com abordagem mista; 1 apresentando abordagem qualitativa, por meio de entrevista; 1 trata-se de um estudo descritivo com abordagem mista; e 1 estudo descritivo com abordagem qualitativa (**Quando 2**).

Quanto ao rigor ético, todos atendem a Resolução 466/12. Quanto aos cenários dos estudos, evidenciou-se a diversidade de serviços: atenção básica, pré-hospitalar, hospitalar, reabilitação e de saúde mental. Ressalta-se que 8 estudos apresentaram práticas de promoção de saúde com vistas a minimizar o isolamento social, tendo ações referentes à busca da rede social, autocuidado e reabilitação. Referente às práticas de prevenção de maus-tratos aos idosos, foram 5, com destaque para o diagnóstico da violência.

4 | DISCUSSÃO

Categoria 1 - Práticas de promoção da saúde do idoso

Conforme os estudos analisados (A1; A2; A4), o isolamento social é uma das consequências de diferentes tipos de violência e os tornam mais vulneráveis para a ocorrência da violência autoinfligida (BRASIL, 2014a). Para a integração do idoso na comunidade e reinserção social, os estudos referem que os profissionais de saúde realizam atividades de atendimento grupal, oficinas, e atividades comunitárias

(A2;A5;A6;A7). Destacam-se ainda o estímulo à participação em grupos da terceira idade, conselhos comunitários, clubes; além do fornecimento de informações aos idosos sobre seus direitos, o reconhecimento da rede de suporte social para a pessoa idosa e familiares (A1;A3;A4;A5;A6;A7).

As práticas de promoção da saúde do idoso focam a inclusão social (A1; A2;A3;A4;A5;A6;A7). Ressalta-se que essas ações que garantam o acesso a vida em sociedade para todas as pessoas de forma equânime, apresentadas anteriormente, vão ao encontro à Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014b), visto que a promoção da saúde se dá através da interação entre profissionais e usuários; os próprios usuários e meios no quais ambos estão inseridos. Além disso, ressalta-se a valorização e aperfeiçoamento de aptidões dos usuários para condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde (SANTOS, BERTOLOZZI; HINO, 2010; BRASIL, 2014a).

As práticas de promoção da saúde devem envolver a rede intersetorial, a família, e o seu ambiente social (A1;A2;A3;A4;A5;A6;A7;A9). Quanto à intersetorialidade, 1 estudo analisado apresenta um projeto realizado no Ceará, que é articulado à atenção primária, busca ampliar suas ações junto aos parceiros de outros setores para a promoção da cultura de paz, as quais estão contemplados nas ações prioritárias para a promoção da saúde (A9). A articulação intra e intersetorial além de permitir a ampliação da participação e controle social também contribuem para a formação da rede de atenção capaz de alcançar da atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2014b).

Sobre a rede de suporte do idoso, aponta-se que os profissionais de saúde realizam a busca de outros familiares ou vizinhos ao suspeitar de dificuldades nos cuidados oferecidos ao idoso (A1). Neste sentido, as relações sociais apresentam um papel essencial para manter e/ou promover a saúde física e mental dos idosos.

A avaliação da rede social de suporte do idoso faz-se importante porque fornece informações significativas para melhorar o planejamento do cuidado, uma vez que essas podem contribuir para a satisfação das necessidades de seus componentes, sejam físicas (alimentação, habitação, cuidados pessoais), psíquicas (autoestima, amor, afeto) ou sociais (identificação, relação, comunicação, pertencimento a um grupo), além de ajuda-los no processo de enfrentamento e recuperação de enfermidades, estresse e outras experiências complexas da vida. Os sistemas de suporte social são classificados em formais (inclui instituições de saúde, serviços de suporte social, entre outros) e informais (compreende redes de familiares, amigos, relações de trabalho, inserção comunitária e práticas sociais) (ALVARENGA, et. al. 2011; SANICOLA, 2008). Nos estudos analisados, os profissionais de saúde buscam principalmente a rede informal dos idosos frente às situações de risco. Sanicola (2008) também apontam que a rede de suporte social dos idosos é

composta predominantemente pela família, comunidade e amigos. Logo, a família tem especial relevância, por ser o contexto social mais próximo no qual os indivíduos estão envolvidos.

Quanto ao estabelecimento de suporte à família e cuidadores que visem à redução da chance da violência contra o idoso, os estudos destacam: práticas de educação em saúde através do fornecimento de cursos de capacitação para os cuidadores de idosos; reuniões com a participação dos familiares para gerar momentos de trocas de experiências; o estímulo a cuidarem da saúde e do convívio social, além da divisão de tarefas entre os demais familiares (A5;A6; A7). Faz-se relevante apontar que os profissionais de saúde também devem ser integrantes da rede de suporte dos idosos e dos familiares.

Quanto à reabilitação do idoso, os estudos que compuseram a amostra referem práticas de saúde realizadas em serviços de reabilitação que visam à redução de sequelas e incapacidades geradas pelos maus-tratos, além de ações voltadas para a redução de danos (A2; A3; A5; A6). Nesta perspectiva, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001), reforça a necessidade de oferta de ações de reabilitação.

Sobre a reabilitação, os estudos analisados apontam: avaliação médica, clínica e funcional; atendimento multiprofissional; ações de promoção do autocuidado; ações de fomento e busca da rede de social dos idosos e suas famílias; ações de estímulo à participação em grupos de terceira idade, conselhos comunitários; atendimento em grupo; atividades de reinserção na vida comunitária e atendimento/orientação familiar (A2;A3;A5;A6). Nesse sentido, quanto ao atendimento multiprofissional, os serviços de reabilitação devem prestar um atendimento multiprofissional aos pacientes no sentido de evitar sequelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiares, sociais e laborais (BRASIL, 2001).

As práticas que estimulam o desenvolvimento do autocuidado, a inserção social do idoso, estímulo à participação da vida comunitária e busca da rede social, principalmente os familiares, para reabilitação destes idosos estão relacionadas ao apoio oferecido pelo ambiente social e o suporte proporcionado pela família e comunidade, além do fortalecimento da capacidade individual de se desenvolver autonomamente (autoestima positiva, autocontrole, temperamento afetuoso e flexível). Essas práticas são fundamentais para o fortalecimento da resiliência, ou seja, a capacidade de superar as adversidades e lidar com situações que produzem sofrimentos aos indivíduos (PHEBO, NJAINE E ASSIS, 2009). Portanto, o processo de reabilitação dirigirá suas ações não somente destinadas aos idosos vítimas de maus-tratos, mas também aos familiares e comunidade.

Categoria 2 - Práticas de prevenção de maus-tratos à pessoa idosa

A Avaliação Global do idoso foi apontada como uma ferramenta essencial a prevenção e rastreamento precoce dos maus-tratos (A1;A5;A6;A7;A8). Durante o contato com os usuários e familiares, a avaliação global deverá abordar diferentes aspectos de saúde, como: físico, psicológico e social (A1;A6;A7;A8). Para isto, os profissionais utilizam instrumentos de avaliação visando detecção de distúrbios de funcionalidade, mobilidade, audição, cognitivos, visuais e nutricionais, além do isolamento social, considerados fatores de risco para a violência contra o idoso (A1;A6;A7;A8). A avaliação multidimensional permite conhecer as necessidades de saúde, as quais devem nortear as práticas, visando à prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde do idoso (MARIN; CECÍLIO, 2009).

A escuta qualificada foi apontada como uma ferramenta que contribui para essa avaliação e para o fornecimento de informações (A1). A escuta das necessidades dos idosos e familiares que buscam “cuidados em saúde” amplia e potencializa as intervenções em relação aos problemas demandados, além de contribuir para a criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional de saúde (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010; CECÍLIO, 2009).

Os estudos analisados reforçam o diagnóstico considerando os fatores de risco, para interromper continuidade da situação de violência. Portanto, focaliza-se principalmente a adoção de medidas de prevenção de riscos. Os fatores de risco constituem uma ‘rede de causas’ identificada para a elaboração de medidas de controle do evento, o que gera inúmeras prescrições comportamentais que conseqüentemente não correspondem aos condicionantes sociais, econômicos e culturais dos fenômenos, podendo torna-se limitada frente à dinâmica das relações sociais, comportamentos, fenômenos imbricados e mutuamente condicionados, revelando-se insuficiente para abranger a suas ambiguidades e subjetividades. Em contrapartida, o conceito de vulnerabilidade apreende o peso dos diferentes contextos sociais como determinantes de diversas suscetibilidades e alternativas técnicas sensíveis às diferenças, as quais não são vistas unicamente como características grupais, fixas, e, sim como efeito de relações sociais que dizem respeito a todo o tecido social (CASTIEL, GUILAM; FERREIRA, 2011).

As práticas de saúde visando à prevenção dos maus-tratos devem ser fundadas não apenas em fatores de risco, mas também na vulnerabilidade e no conceito ampliado de saúde, visto que as causas das violências estão vinculadas aos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2014b). Portanto, o fato do indivíduo não apresentar fatores de risco epidemiologicamente comprovados que apontam para a ocorrência da violência não significa que ele não seja vítima de

maus-tratos. Neste sentido, os profissionais devem compreender as situações de violência dentro das estruturas sociais, econômicas e políticas, como também em relação aos aspectos culturais e comportamentais da sociedade.

Também se constatou que ações referentes à notificação e a vigilância em saúde dos idosos em situação de violência foram evasivas, o que ocasiona dificuldades quanto: ao acompanhamento do comportamento epidemiológico do agravo; ao fornecimento de dados para o desenvolvimento de políticas públicas e planejamento da oferta de serviços voltados para esta população; ao monitoramento dos encaminhamentos para a rede de atenção e proteção integral e supervisão de intervenções nos casos de maus-tratos ao idoso.

5 | CONCLUSÃO

As práticas em saúde contemplam ações de promoção da saúde com vistas aos maus-tratos ao idoso e indicam o fortalecimento de fatores de proteção tanto dos indivíduos quanto das famílias, bem como a inserção da rede comunitária, focalizando, principalmente, a rede informal do idoso. Tais ações aproximam-se do conceito ampliado de saúde e apontam para ações que visam à melhoria das condições de vida desse grupo social, o que conseqüentemente contribui para o enfrentamento da violência a estes sujeitos e a promoção da cultura da paz. Entretanto, há a necessidade de desenvolvimento de ações intersetoriais para qualificar a assistência prestada.

As práticas de prevenção são individualizadas e norteadas essencialmente por fatores de risco visando o diagnóstico precoce da violência. Deste modo, faz-se fundamental ultrapassar esta concepção e avançar no desenvolvimento de práticas de promoção da saúde que compreendam o indivíduo na sua integralidade e que convive em meio a muitas e diferentes vulnerabilidades.

Identificaram-se lacunas do conhecimento quanto às práticas de promoção da saúde do idoso e prevenção dos maus-tratos à pessoa idosa, indicando-se o desenvolvimento de estudos futuros. Também se constatou fragilidades quanto: às ações de vigilância em saúde voltadas para o enfrentamento da violência ao idoso e ao desenvolvimento de processos de educação permanente e de formação profissional.

REFERÊNCIAS

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K.; et. al. (Org.) Impactos da violência na saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009, p. 79-102.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.5, p.2603-2611, 2011.

BARDIN L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOTELHO L.L.R.; CUNHA C.C.A.; MACEDO M.O. Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 5, n.1, p. 21-136, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014b.

CASTIEL L.D.; GUILAM M.C.R.; FERREIRA M.S. **Correndo o Risco – Uma introdução aos riscos em Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2011.

CECÍLIO, L.C.O. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, pp. 161- 170, 2009.

MARIN M.J.S.; CECÍLIO L.C.O. Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 12, n.1, p, 63-76, 2009.

PHEBO L.; NJAINE K.; ASSIS S.G.A. Redes de prevenção à violência e de proteção no âmbito da gestão em saúde. In: NJAINE, K.; et. al. (Org.) Impactos da violência na saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009, p. 79-102.

RODRIGUES I.S., et. al. Violência contra a pessoa idosa nas pesquisas em saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n.3, p. 7126-32, 2015.

SANICOLA L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras editora, 2008.

SANTOS P.T.; BERTOLOZZI M.R.; HINO P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n.6, p. 788-95, 2010.

VELLO L.S.; PEREIRA M.A.O.; POPIM R.C. Saúde mental do Idoso: percepções relacionadas ao envelhecimento. **Invest. educ. enferm.**, v. 32, n., p. 60-68, 2014.

ENFERMAGEM NO QUILOMBO: AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS

Data de aceite: 27/11/2019

Thamilly Joaquina Picanço da Silva

Enfermeira Graduada e Licenciada, Especialista em Administração e Auditoria em Serviços de Saúde e Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Macapá- Amapá, Brasil.

Wingred Lobato Gonçalves

Enfermeira Graduada e Licenciada pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Macapá- Amapá, Brasil.

Karoline Sampaio da Silva

Enfermeira Graduada e Licenciada pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Macapá- Amapá, Brasil.

Helielson Medeiros dos Santos

Enfermeiro Graduado e Licenciado pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Macapá- Amapá, Brasil.

Jéssica Monteiro Cunha

Enfermeira Graduada e Licenciada pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Macapá- Amapá, Brasil.

Darliane Alves da Silva

Enfermeira Graduada e Licenciada pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Macapá- Amapá, Brasil.

Maira Beatrine da Rocha Uchôa

Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Especialista em Unidade de

Terapia Intensiva e Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Macapá- Amapá, Brasil.

Marlucilena Pinheiro da Silva

Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Educação. Macapá- Amapá, Brasil.

Rubens Alex de Oliveira Menezes

Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Doutor em Biologia de Agentes Infecciosos e parasitários. Macapá- Amapá, Brasil.

RESUMO: Sendo as quedas uma preocupação enquanto indicador da qualidade em saúde uma vez que são a segunda causa de morte por acidente a nível mundial, os enfermeiros têm um papel fundamental na formação e criação de ambientes seguros, além assegurar medidas preventivas quanto as quedas quando se refere a população idosa. Avaliar o risco de queda em idosos. Estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado em uma comunidade quilombola do Curiaú, no estado do Amapá, no período de abril a maio de 2017. Os dados foram coletados a partir da aplicação da Escala de Queda de Morse (EQM) em 18 idosos. Permitiu-se constatar que (55,5%) dos idosos são do sexo feminino e (44,5%) do sexo

masculino. Em relação ao risco (33,3%) apresentam alto risco de queda; baixo risco (5,5%); e sem risco (61,1%). Quanto aos itens da escala (50%) têm histórico de quedas; diagnóstico médico (44,4%); ajuda na marcha (38,8%); marcha (38,8%); e alterações no estado mental (5,5%). Os idosos da comunidade pesquisada apresentam números preocupantes em relação ao risco de quedas, com base no resultado do histórico de quedas.

PALAVRAS-CHAVE: Queda; Enfermagem; Prevenção.

NURSING IN KILOMBO: EVALUATION OF FALL RISK IN ELDERLY

ABSTRACT: Since falls are a concern as an indicator of health quality as they are the second leading cause of accident death worldwide (WHO, 2012), nurses play a fundamental role in the formation and creation of safe environments, as well as ensure preventive measures regarding falls when referring to the elderly population. To evaluate the risk of falls in the elderly. Descriptive and cross-sectional study with quantitative approach, conducted in a quilombola community of Curiaú, state of Amapá, from April to May 2017. Data were collected from the application of the Morse Falling Scale (NDE) in 18 elderly. It was found that (55.5%) of the elderly are female and (44.5%) male. Regarding the risk (33.3%) have a high risk of falling; low risk (5.5%); and without risk (61.1%). As for the items on the scale (50%) have a history of falls; medical diagnosis (44.4%); walking aids (38.8%); gait (38.8%); and changes in mental state (5.5%). The elderly in the researched community present worrying numbers regarding the risk of falls, based on the result of the history of falls.

KEYWORDS: Fall; Nursing; Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

A pessoa idosa é assistida no Brasil pela Política nacional do idoso (lei nº 8.842), onde classifica indivíduos com 60 anos ou mais. O país enfrenta aumento acentuado de pessoas nessa faixa etária, o que caracteriza o processo de envelhecimento da sociedade (ALVES *et al.*, 2017).

Sendo as quedas uma preocupação enquanto indicador da qualidade em saúde uma vez que são a segunda causa de morte por acidente a nível mundial (OMS, 2012), os enfermeiros têm um papel fundamental na formação e criação de ambientes seguros, além assegurar medidas preventivas quanto as quedas quando se refere a população idosa:

São eventos comuns aos idosos as quedas de múltiplas causas, que aumentam progressivamente com a idade devido a alterações na marcha, nos mecanismos de manutenção da postura e na força muscular que implicam em maior possibilidade de tropeços e, conseqüentemente, de quedas. Diante desses dados destaca-se a

necessidade da sociedade em organização e planejamento para lidar com esse público específico.

Dentre os impactos e agravos à saúde dos idosos, foi observado que a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e causas externas (como quedas e acidentes), apresentam importante magnitude e são importantes causas de morbimortalidade (FREITAS *et al.*, 2015, p.710).

Dessa forma, o alto índices de quedas pode ter consequências graves na qualidade de vida dos idosos, como hospitalizações prolongadas, restrição das atividades diárias, diminuição da mobilidade, alteração no equilíbrio e do controle postural, isolamento social, ansiedade e depressão. Sendo assim, a importância de se conhecer e identificar os fatores potencializadores e protetores, a fim de adotar medidas preventivas para esses eventos de quedas.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

O cenário do estudo foi a Comunidade Rural do Curiaú, localizada no Estado do Amapá, uma comunidade negra, descendentes de afro-brasileiros de um antigo quilombo, chamado Curiaú, formado no século XVIII. Localizado próximo ao núcleo urbano da cidade de Macapá, situada há 11 km ao Norte do centro da cidade, e é considerada um Sítio Histórico e Ecológico (SILVA *et al.*, 2013).

O estudo foi do tipo descritivo, a qual segundo Gil (2008) tem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Quanto à natureza, se apresentou de forma transversal, a qual segundo Rouquayrol (2003), a pesquisa transversal é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico.

A abordagem do estudo foi quantitativa, que segundo Minayo e Sanches (1993) é uma investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A pesquisa ocorreu no período de abril a maio de 2017, onde englobou como população da pesquisa um total de 18 idosos moradores da comunidade Quilombola do Curiaú, os dados foram coletados a partir da aplicação da Escala de Queda de Morse (EQM).

A escala é constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um, a cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco. Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos (SARAIVA *et al.*, 2008).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na comparação entre os grupos, a maior proporção dos idosos que tiveram quedas, conforme estudos anteriores, o sexo feminino se sobressai permitindo-se constatar que (55,5%) dos idosos são mulheres e (44,5%) do sexo masculino, Fhon *et al* (2012) discute em seu estudo que tal resultado pode ser atribuído às múltiplas tarefas que as mulheres realizam no domicílio, levando-as a ter maior propensão para sofrer lesões pelas quedas.

Em relação ao risco (33,3%) apresentam alto risco de queda; baixo risco (5,5%); e sem risco (61,1%). Quanto aos itens da escala (50%) têm histórico de quedas; diagnóstico médico (44,4%); ajuda na marcha (38,8%); marcha (38,8%); e alterações no estado mental (5,5%). Segundo Júnior e Heckman (2011), as quedas recorrentes exprimem a presença de fatores de risco intrínsecos, que são aqueles relacionados ao próprio indivíduo, às alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, ao aparecimento de doenças e aos efeitos colaterais dos medicamentos.

Dentre os fatores elencados, foi considerado significativo o sexo, em que o risco alto foi maior para as mulheres. No que diz respeito à idade, destacou-se a faixa etária de 70 a 79 anos, onde identificou que os idosos que frequentaram a escola mostraram maior quantitativo com alto risco de queda nos quais os idosos com escolaridade básica (22,9%) e média (10,6%) obtiveram um maior percentual relacionado ao alto risco de queda.

Além das limitações físicas em decorrência da queda, o idoso tem medo de sofrer nova queda, em consonância com a pesquisa de Nascimento e Tavares (2016) onde é discutida a temática dos fatores de risco das quedas onde se vê a necessidade de modificar os ambientes domésticos de forma a minimizar os perigos, além da necessidade de promover a saúde, prevenir doenças e incapacidades do idoso com o objetivo de diminuir os riscos que possam propiciar quedas.

A pesquisa buscou analisar o risco de quedas de idosos pela Escala de Morse e sua relação com fatores sociodemográficos e clínicos identificados. Quanto aos resultados entre a associação da idade e sexo com o risco de quedas, sabe-se que a idade acima de 60 anos é considerada como um fator de risco importante para quedas e para as lesões, vindo a ser justificado pela fase natural do envelhecimento, que gera mudanças estruturais e funcionais, como diminuição da força muscular e elasticidade, além de alterações do sistema sensorial e nervoso (SARAIVA *et al.*, 2008).

4 | CONCLUSÃO

O estudo avaliou o risco de quedas das pessoas idosas de uma comunidade

quilombola, conforme a escala de Morse, evidenciando que 33% dos participantes apresentaram alto risco de quedas. Os idosos da comunidade pesquisada apresentam números preocupantes em relação ao risco de quedas, com base no resultado do histórico de quedas.

Os resultados encontrados irão auxiliar a equipe de saúde local no planejamento de ações que potencializem a segurança do paciente, além de aprimorar o conhecimento em educação em saúde em questões relacionadas às quedas no ambiente familiar, reforçando a importância do esclarecimento por parte das famílias de idosos em risco. A identificação dos possíveis fatores desencadeantes de quedas possibilita o uso de intervenções de enfermagem quanto ao uso de estratégias preventivas aos riscos de quedas de idosos no ambiente domiciliar.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. L. T. *et al.* **Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 20(1): 59-69, 2017.

FHON, J. R. S. *et al.* **Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(5):[08} set.-out. 2012.

FREITAS M.G. *et al.* **Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito.** Ciênc Saúde Coletiva. 20(3):701-12, 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008

JÚNIOR C.M.P, HECKMAN M.F. **Distúrbios da postura, marcha e quedas.** In: Freitas EV, Py L, editores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; p. 1062-73. 2011.

MINAYO M.C; SANCHES. O Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública* 9(3):239-262, 1993.

NASCIMENTO, J. S; TAVARES, D.M.S. **Prevalência e Fatores Associados a Quedas em Idosos.** Texto Contexto Enferm; 25(2), 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Organização PanAmericana da Saúde. 60p. Trad. Suzana Gontijo. Brasília; 2012.

SARAIVA, D. M. R. F. *et al.* **Quedas: indicador da qualidade assistencial.** Nursing. Lisboa, Ano 18, Nº 235, p. 28-35, 2008.

SILVA, R. B. L. *et al.* **Caracterização Agroecológica e Socioeconômica dos Moradores da Comunidade Quilombola do Curiaú,** Macapá-AP, Brasil. *Biota Amazônia*, v. 3, n. 3, p. 113–138, 2013.

ROUQUAYROL, MZ.; FILHO, NA. **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 736p, 2003.

ACESSO PREJUDICADO REFERIDO PELOS IDOSOS

Data de aceite: 27/11/2019

Cleisiane Xavier Diniz

(Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade do Estado do Amazonas)

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

(Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade do Estado do Amazonas)

Fernanda Farias de Castro

(Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade do Estado do Amazonas)

Joaquim Hudson de Souza Ribeiro

(Psicólogo, Doutor, Professor da Faculdade Salesiana Dom Bosco)

Introdução: Assim como os diversos equipamentos disponibilizados ao uso público, os espaços de circulação de uma unidade de saúde carecem de uma adequada infraestrutura que atenda à demanda de uma população específica, como os idosos. **Objetivo:** Avaliar as dificuldades de acesso dos idosos dentro dos três Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs). **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com amostragem probabilística aleatória, por demanda espontânea, composta por 1.060 indivíduos ≥ 60 anos, usuários dos CAIMIs da cidade de Manaus. **Resultados:** as principais

dificuldades das quais se destacam a ausência de: barras de apoio nos banheiros, corrimão duplo, sinalizações legíveis, rampas e piso antiderrapante; excesso de degraus, assento sanitário inadequado, pouca iluminação, portas com defeitos e pouca segurança. Observou-se que menos da metade conheciam as saídas de emergência. Relataram que o acesso ao uso dos serviços é dificultado devido à deficiências no: atendimento médico, marcação de consultas, atendimento na recepção, falta de médicos especialistas, localização geográfica, demora no atendimento, poucas vagas no sistema, aspereza dos funcionários, demora na marcação e entrega de exames. Para Paskulin, Valer e Vianna¹ é importante se considerar o princípio da resolutividade, que é a capacidade do sistema em dar soluções às diversas situações que dizem respeito ao processo saúde/doença dos usuários e/ou atendê-los adequadamente nos diversos níveis de atenção, englobando os aspectos relativos à percepção dos usuários, à estruturação dos serviços e à organização do sistema de saúde. **Conclusão e Implicações:** Todos os problemas apontados pelos idosos demonstram as desigualdades de oferta e de acesso aos serviços de saúde, que se diferenciam tanto entre regiões brasileiras quanto entre populações da mesma

região, tornando-se grande desafio para todas as áreas que estudam o processo de envelhecimento da população.

PALAVRAS-CHAVE: Acessibilidade; Idoso; Envelhecimento

REFERÊNCIAS

1. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(6):2935-2944

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM IATROGENIAS: REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 27/11/2019

Kewinny Beltrão Tavares

Discente de enfermagem da Universidade da
Amazônia – UNAMA

Lucrecia Aline Cabral Formigosa

Enfermeira da Universidade Federal do Pará –
UFPA

Joana Dulce Cabral Formigosa

Enfermeira do Hospital de Clínicas Gaspar Viana

Samara Machado Castilho

Discente de enfermagem da Universidade da
Amazônia- UNAMA

Thatiane Cristina da Anunciação Athaide

Discente de enfermagem da Universidade da
Amazônia – UNAMA

Alessandra Maria de Melo Cardoso

Discente de enfermagem da Universidade da
Amazônia – UNAMA

Joyce Souza Lima

Discente de enfermagem da Universidade da
Amazônia – UNAMA

RESUMO: As iatrogenias são importante causas de morbimortalidade, principalmente em urgência, especialmente nas unidades de terapia intensiva e em idosos, situações em que o doente é mais frágil. Decorre de ação potencialmente prejudicial associada às várias intervenções a que é submetido o paciente,

justificadas ou não, ou até por omissão ou negligencia (BASTOS et al, 2011). Esse estudo tem como objetivo a Sistematização de Assistência de enfermagem ao idoso com iatrogenia. Estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo revisão de literatura. O estudo foi realizado através de bancos de dados bibliográficos em material eletrônico, tais como: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Eletronic Online (Scielo), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de novembro de 2018, onde foram utilizados 8 artigos e 1 Manual do Ministério da Saúde, publicado entre 2011 e 2015. O processo de envelhecimento traz consigo condições específicas que vulnerabilizam os idosos. A diminuição da mortalidade, que leva ao envelhecimento populacional, está atrelada ao aumento de morbidades, como doenças crônicas não transmissíveis, que, quando agudizadas, ampliam a busca por atendimento hospitalar. Por meio desse estudo, podemos observar que as iatrogenias são muito comuns em pacientes idosos, principalmente em paciente que estão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a qual estão debilitados e requer uma assistência de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Iatrogenias, Assistência de Enfermagem, Saúde do Idoso.

NURSING CARE FOR THE ELDERLY WITH IATROGENIAS: LITERATURE REVIEW.

ABSTRACT: Iatrogenias are important causes of morbidity and mortality, especially in urgency, especially in intensive care units and in the elderly, in which the patient is more fragile. It results from a potentially harmful action associated with the various interventions to which the patient is submitted, justified or not, or even omission or neglect. This study aims to systematize nursing care for the elderly with iatrogenesis. Descriptive study with a qualitative approach of the literature review type. The study was conducted through bibliographic databases in electronic material, such as: Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Online (SciELO), Virtual Health Library (VHL), in November 2018, where they were used. 8 articles and 1 Handbook of the Ministry of Health, published between 2011 and 2015. The aging process brings with it specific conditions that make older people vulnerable. The decrease in mortality, which leads to population aging, is linked to increased morbidities, such as chronic noncommunicable diseases, which, when sharpened, broaden the search for hospital care. Through this study, we can observe that iatrogenesis is very common in elderly patients, especially in patients in the Intensive Care Unit (ICU), which are debilitated and require quality care.

KEYWORDS: Iatrogenias, Nursing Care, Health of the Elderly.

1 | INTRODUÇÃO

As Iatrogenias são importantes causas de morbimortalidade, principalmente em urgência, especialmente nas unidades de terapia intensiva e em idosos, situações em que o doente é mais frágil. Decorre de ação potencialmente prejudicial associada às várias intervenções a que é submetido o paciente, justificadas ou não, ou até por omissão ou negligência (BASTOS et al, 2011).

Define-se “iatrogenia” como alteração patológica não intencional e prejudicial ao paciente que decorre da ação da equipe de saúde, e especialistas em geriatria a apontam como sério problema de saúde pública (PALHA, 2015).

Mediante ao exposto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é regulamentada no Brasil como um método que organiza o trabalho profissional, possibilitando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem, organizado em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (SILVA et al, 2015).

2 | METODOLOGIA

Esse estudo tem como objetivo a Sistematização de Assistência de enfermagem ao idoso com iatrogenia. Para a sua elaboração, esse estudo tem o percurso metodológico que se deu por meio de literaturas, coletas de dados e interpretação de revisão bibliográfica.

Estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo revisão de literatura. O estudo foi realizado através de bancos de dados bibliográficos em material eletrônico, tais como: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de novembro de 2018, onde foram utilizados 8 artigos e 1 Manual do Ministério da Saúde, publicado entre 2011 e 2015.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O processo de envelhecimento traz consigo condições específicas que vulnerabilizam os idosos. A diminuição da mortalidade, que leva ao envelhecimento populacional, está atrelada ao aumento de morbidades, como doenças crônicas não transmissíveis, que, quando agudizadas, ampliam a busca por atendimento hospitalar (PEDREIRA, 2013). As complicações são mais comuns e costumam ser mais graves em pacientes idosos do que em jovens. Essas complicações incluem efeitos adversos do medicamento (p. ex., interações), quedas, infecções hospitalares, úlceras de pressão, delirium e complicações relacionadas à cirurgia (BRASIL, 2013). Essas complicações são mais comuns em idosos, pois apresentam taxas mais elevadas de internação e permanência mais prolongada em serviços hospitalares. Evidências demonstram que o cuidado aos idosos demanda mais investimentos financeiros, humanos, físicos e materiais (SOUZA et al 2013). Suas atribuições são muitas, o que aumenta os riscos iatrogênicos específicos de sua assistência, como erros no preparo e administração de medicamentos, manutenção deficiente de acessos venosos periféricos e lesões por pressão em pacientes acamados (Santana et al 2015). Mediante a essas situações, serão descritas algumas situações que causam iatrogenias: **1. iatrofarmacogenia:** decorrente do uso de medicamentos, de polifarmácia, da interação medicamentosa e do desconhecimento das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento; **2. Internação hospitalar:** que pode potencializar os riscos decorrentes do declínio funcional, da subnutrição, da imobilidade, da úlcera de pressão e da infecção hospitalar; **3. iatrogenia da palavra:** associada ao desconhecimento de técnicas de comunicação de más notícias; **4. iatrogenia do silêncio:** que decorre da dificuldade de ouvir adequadamente o paciente e sua família (MORAES et al, 2010). É na unidade

de terapia intensiva que muitas das vezes acontecem as iatrogenias, onde as condições clínicas dos pacientes oscilam entre limites estreitos de normalidade e anormalidade e onde pequenas mudanças orgânicas podem levar à deterioração grave na função corporal (Maia LFS, Alves FG, 2011): O diagnóstico de enfermagem é uma ferramenta de grande valia para o planejamento da assistência prestada pelo enfermeiro através da análise criteriosa do exame físico e da anamnese. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona a adesão de etapas fundamentais para o processo de enfermagem, sendo eles o Histórico de Enfermagem Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem o que dará embasamento para as condutas praticadas pela equipe (QUIRINO et al 2012).

4 | CONCLUSÃO

Por meio desse estudo, podemos observar que as iatrogenias são muito comuns em pacientes idosos, principalmente em paciente que estão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a qual estão debilitados e requer uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Arthur Mendes; GUIMARAES, Cassio Ferreira; ROCHA, Davi Filardi da et al. **Iatrogenia no tratamento de pacientes gravemente enfermos**. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(2 Supl 4): S1-S113.

MORAES, Edgar Nunes de; MARINO, Marília Campos de Abreu; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. **Principais síndromes geriátricas**. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(1): 54-66.

MAIA, Faustino dos Santo; ALVES, Fernando Graton. **O papel do enfermeiro na prevenção de ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva**. Revista Recien. 2011; 1(3):22-28.

PACALA JT. Manual MSD. **Prevenção de complicações iatrogênicas**.

PALHA, Pedro Fredemir. **Por um Sistema de Saúde Integrador**. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2015;23(2):181-2

PEREIRA, Larissa Chaves; BRANDÃO, Adriana Souza; REIS, Aline Macêdo. **Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. bras. enferm. vol.66 no.3 Brasília May/June 2013.

QUIRINO, Alcione; PORTO, Camila Fernanda Silva; PACHECO Fabiola Rodrigues. **A Enfermagem e os Atos Iatrogênicos nas Unidades de Terapia Intensiva**. Percurso Acadêmico, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 26-35, jul/dez. 2012.

SILVA, Josilaine Porfírio da; GARRANHANI, Josilaine Porfírio da; PERES Aida Maris. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: Um olhar sob o Pensamento Complexo**. Rev. Latino-Am. Enfermagem; jan.-fev. 2015; 23(1):59-66.

SOUZA, Andréa dos Santos; ANDRADE, Camila Calhau; JUNIOR, Arivaldo Pereira Reis; MEIRA, Edméia Campos; MENEZES, Maria do Rosário de; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. **SERVICE HOSPITALIZED ELDERLY: PERCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS.** Cienc Cuid Saude 2013 Apr/Jun; 12(2):274-281.

SANTANA, *Júlio César Batista*; MIRANDA, *Flávia Lima*; GONÇALVES, *Luísa de Menezes*; FOUREAUX, *Patrícia Viola*; ALMEIDA, *Sarah de Jesus*; DUARTE, *Cynthia Carolina*. **Introgenias na assistência em uma unidade de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem.** Enferm Rev. 2015.

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CORDEIRO DE NOJOSA SOMBRA - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa "Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente" - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acessibilidade 50, 87, 206, 306

Acolhimento 2, 9, 88, 89, 187, 218, 247, 255

Adolescente 2, 8, 10, 12, 14, 16, 17, 35, 37, 39, 40, 48, 63, 65, 75, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 148, 220, 221, 231, 234, 312

AIDS 271, 272, 273, 274, 275, 301

Ansiedade 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 21, 26, 46, 109, 122, 123, 126, 127, 130, 132, 134, 135, 136, 137, 140, 159, 163, 165, 166, 168, 169, 174, 245, 247, 248, 251, 252, 254, 302

Ansiedade em criança 2, 5

Assistência de enfermagem 5, 8, 11, 61, 89, 105, 121, 125, 127, 135, 137, 138, 231, 234, 238, 263, 307, 308, 309, 310

Atenção à saúde do idoso 289

Atividades cotidianas 12, 13, 38, 187

Autoimagem 185, 196

Automedicação 258, 259, 260, 261, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 276, 277, 278, 280, 281, 282, 283, 285, 286, 287, 288

C

Capacitação de recursos humanos em saúde 51

Chlamydia trachomatis 91

Comorbidade 17, 18, 104, 159, 165, 168, 169

Consumo de álcool 140, 142, 143, 147

Criança 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 35, 37, 39, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 75, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 93, 104, 106, 108, 110, 113, 119, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 148, 154, 155, 156, 157, 208, 209, 210, 212, 214, 215, 218, 219, 234, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 247, 249, 251, 252, 253, 255, 256, 312

Crianças 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 54, 55, 57, 63, 64, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 92, 93, 95, 98, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 118, 120, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 142, 146, 155, 200, 201, 202, 203, 204, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 233, 234, 236, 240, 242, 244, 246, 247, 248, 251, 252, 253, 254, 255, 256

Cuidado da criança 51, 78, 86, 214

Cuidados de enfermagem 89, 121, 126, 219

Custos de cuidados de saúde 172

D

Depressão 10, 25, 26, 28, 35, 162, 174, 195, 199, 245, 247, 248, 252, 254, 266, 302

Doença crônica 11, 75, 80, 141, 280

E

Educação em saúde 52, 93, 105, 108, 109, 111, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 196, 209, 217, 218, 231, 238, 242, 296, 304

Enfermagem materno-infantil 150

Enfermagem neonatal 150

Enfermagem pediátrica 37, 126

Envelhecimento 172, 175, 184, 189, 205, 206, 274, 275, 276, 277, 282, 284, 286, 287, 290, 299, 301, 303, 304, 306, 307, 309

Epidemiologia 65, 73, 74, 91, 100, 103, 104, 159, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 201, 287, 288, 304

Escala de yale 1, 2, 4, 6, 10, 11

Escorpiões 63, 64, 65, 70, 72, 73

Estratégia saúde da família 51, 52, 53, 60, 61, 153, 183, 243, 287

F

Família 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 22, 23, 24, 27, 39, 44, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 60, 61, 75, 76, 78, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 88, 97, 98, 105, 111, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 126, 128, 132, 134, 135, 136, 138, 141, 145, 149, 151, 153, 172, 174, 176, 178, 179, 182, 183, 190, 198, 231, 241, 243, 253, 255, 256, 270, 276, 283, 285, 287, 293, 295, 296, 299, 309

Formação profissional 51, 53, 55, 185, 224, 262, 298

G

Gravidade do paciente 63

H

HIV 271, 272, 273, 274, 275

Hospitalização 4, 10, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 35, 65, 126, 127, 134, 135, 137, 138, 201, 202

I

Idosos 14, 52, 65, 73, 110, 112, 172, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 189, 196, 198, 199, 205, 206, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 312

Incidência 63, 65, 66, 69, 70, 72, 104, 113, 187, 203, 235, 248, 256, 273, 278, 280, 284

J

Jogos e brinquedos 126

L

Limitação da mobilidade 12

M

Maus-tratos ao idoso 289, 290, 291, 298

Morbidade 38, 156, 157, 160, 187, 200, 202, 206, 277

N

Neurologia 12, 14, 15, 16, 17, 37, 40, 45, 75, 77

O

Oncologia 245, 248, 249, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 270

Oncopediatria 245, 246, 249, 250, 252, 253, 255

P

Pediatria 11, 35, 49, 56, 88, 89, 126, 128, 129, 130, 136, 137, 204, 245

Perfil de saúde 182, 206

Pessoas com deficiência 22, 37, 46, 47, 48

Pneumonia 31, 108, 113, 200, 201, 202, 203

Pós-operatório 2, 10

Prevenção 1, 52, 58, 60, 63, 65, 72, 105, 112, 146, 150, 152, 155, 183, 196, 201, 203, 208, 209, 215, 217, 229, 230, 235, 256, 274, 275, 278, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 297, 298, 299, 301, 310

Profissional de saúde 65, 154, 222, 258, 276, 278, 280, 297

Promoção da saúde 60, 111, 147, 196, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 217, 220, 241, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 298, 299, 312

Psicologia social 220

Q

Qualidade de vida 39, 52, 86, 111, 150, 152, 154, 174, 179, 181, 182, 184, 185, 186, 194, 196, 197, 198, 199, 220, 228, 230, 231, 243, 247, 252, 254, 269, 274, 290, 302

Queda 286, 287, 300, 301, 302, 303, 304

S

Saúde da criança 2, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 88, 108, 113, 154, 157, 238, 240, 242, 243, 244, 312

Saúde do adolescente 139, 220

Saúde do idoso 206, 271, 273, 276, 289, 291, 294, 295, 297, 298, 307

Saúde do trabalhador 258, 270

Saúde mental 10, 11, 26, 115, 116, 117, 119, 122, 123, 124, 125, 147, 169, 170, 186, 197, 248, 250, 254, 255, 266, 293, 294, 299

Saúde ocular 207, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 217, 218

Saúde pública 27, 48, 60, 64, 73, 100, 102, 113, 115, 125, 141, 145, 147, 179, 182, 185, 187, 202, 204, 207, 209, 238, 244, 259, 268, 269, 270, 271, 287, 288, 289, 293, 304, 308, 312
Sentimentos 7, 8, 27, 131, 135, 153, 154, 177, 179, 185, 186, 187, 188, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 214, 245, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 274
Serviços de assistência domiciliar 172
Síndrome respiratória aguda grave 102, 103, 104, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113

T

Tentativa de suicídio 159
Tracoma 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101
Transtorno bipolar 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171
Transtornos dissociativos 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34
Transtornos mentais 35, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169
Triagem neonatal 152, 155, 233, 234, 237

U

Úlcera venosa 185, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 197, 198, 199

V

Violência 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 141, 146, 241, 290, 291, 292, 293, 294, 296, 297, 298, 299

