

# Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 6

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra  
(Organizadora)



**Atena**  
Editora  
Ano 2020

# Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 6

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra  
(Organizadora)



**Atena**  
Editora  
Ano 2020



2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação:** Geraldo Alves

**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. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
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 Internazionale delle Figlie di 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 Pietrobon – 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. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
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  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
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 Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
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 Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
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  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
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  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
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

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco



Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
 Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá  
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
 (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

E56 Enfermagem moderna [recurso eletrônico] : bases de rigor técnico e científico 6 / Organizadora Isabelle Cordeiro De Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020. – (Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico; v. 6)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-931-8

DOI 10.22533/at.ed. 318201701

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermeiros – Prática.  
 3. Saúde – Brasil. 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](http://www.atenaeditora.com.br)  
 contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A obra “*Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 6*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 19 capítulos, o volume II aborda diferentes aspectos relacionados à atuação da enfermagem e os múltiplos saberes em saúde.

As pesquisas trazem informações atualizadas que contribuem para seu entendimento quando trabalham as mais diversas temáticas, com enfoque na inserção do enfermeiro na equipe multiprofissional. As temáticas abordam, dentre outras, pesquisas relacionadas à saúde do idoso, doenças crônicas, imunobiológicos, educação em saúde e oncologia.

Assim, este volume II é dedicado ao público usuário dos serviços de saúde, no que diz respeito à sua inserção nas práticas de promoção da saúde, além de ser de extrema relevância para enfermeiros e demais profissionais atuantes na assistência, docentes da área e discentes, trazendo artigos que abordam informações atuais sobre as práticas de saúde e experiências do ensino e aprendizagem no âmbito da saúde aos mais variados públicos.

Ademais, esperamos que este livro possa servir de embasamento científico para formação e atualização profissional, além de fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais da saúde, buscando cada vez mais a excelência na assistência, disseminando práticas promotoras da saúde, e fortalecendo a prática clínica de enfermagem e das demais profissões que cuidam da saúde.

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CAPÍTULO 1 .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>AMPLIANDO OS CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE AUDITIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA CAPACITAÇÃO</b>   |           |
| Kelly Mariana Pimentel Queiroz<br>Ana Carolina Souza da Costa<br>Mariana Oliveira do Couto Silva<br>Fernanda Valetim<br>Paula Silva Figueiredo<br>Tathyanna Bichara de Souza Neves<br>Maria Fernanda Larcher de Almeida<br>Angelica Nakamura<br>Uliana Pontes Vieira<br>Vivian Oliveira Sousa Correia<br>Inês Leoneza de Souza<br>Jane de Carlos Santana Capelli |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed. 3182017011</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 2 .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>A ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APLICAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS: PROPOSTA DE UM MODELO</b>   |           |
| Antônio de Magalhães Marinho<br>Suzana da Silva Pereira<br>Maria Lelita Xavier<br>Julia Marinho Ribeiro  |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed. 3182017012</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 3 .....</b>  | <b>22</b> |
| <b>ADESÃO AO USO DO PRESERVATIVO MASCULINO POR ACADÊMICOS HOMENS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PRIVADA DA REGIÃO SUL DO PAÍS</b>   |           |
| Candice da Silva Flores<br>Herton Gilvan Caminha Goerch  |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed. 3182017013</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 4 .....</b>  | <b>35</b> |
| <b>APLICABILIDADE DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE EM PACIENTES DO PROGRAMA HIPERDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA</b>   |           |
| Laís Souza dos Santos Farias<br>Geovana dos Santos Vianna<br>Priscila das Neves Miranda<br>Thaís Lima Ferreira<br>Roseanne Montargil Rocha<br>Isabella Ramos dos Santos<br>Fernanda Alves Barbosa<br>João Pedro Neves Pessoa<br>Ana Carolina Santana Cardoso<br>Emanuela Cardoso da Silva<br>Tércia Oliveira Coelho<br>João Luis Almeida da Silva                |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed. 3182017014</b>  |           |



**CAPÍTULO 5 ..... 43**

**ASPECTOS CLÍNICOS-EPIDEMIOLÓGICOS DOS ACIDENTES OFÍDICOS NO MUNICÍPIO DE ILHÉUS – BAHIA**

Susane Mota da Cruz  
Giselle Adryane da Silva Jesus  
Thaís Lima Ferreira  
Laíne de Souza Matos  
Vivian Andrade Gundim  
Marcelly Cardoso Vieira Cruz  
Beatriz dos Santos Andrade  
Rafaella dos Santos Lima  
Cátia Luiza da Silva Barbosa  
Taã Pereira da Cruz Santos  
Carlos Vitório de Oliveira  
Fernanda Alves Barbosa

**DOI 10.22533/at.ed. 3182017015**

**CAPÍTULO 6 ..... 52**

**ATUAÇÃO DO PROJETO REDE DE CUIDADOS EM DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE**

Isabella Ramos dos Santos  
Roseanne Montargil Rocha  
Laís Souza dos Santos Farias  
Geovana dos Santos Vianna  
João Pedro Neves Pessoa  
Ana Carolina Santana Cardoso  
Emanuela Cardoso da Silva  
Tércia Oliveira Coelho  
Ualison Oliveira Sena  
Kaique Santos Reis  
Ariel Henrique Santos Hoffmann  
Gisele Santiago Bomfim

**DOI 10.22533/at.ed. 3182017016**

**CAPÍTULO 7 ..... 61**

**CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO DE LITERATURA**

Maira Amorim da Costa  
Roberta Teixeira Prado  
Jussara Regina Martins  
Lairana Dineli Pacheco dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed. 3182017017**

**CAPÍTULO 8 ..... 69**

**CUIDANDO DA SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Karina Cerqueira Soares  
Mateus Oliveira Alves  
Roseanne Montargil Rocha  
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira  
Taã Pereira da Cruz Santos  
Isabel Priscilla dos Santos Guevara  
Beatriz dos Santos Andrade

Isabella Ramos dos Santos

Tamiles Costa Ribeiro

**DOI 10.22533/at.ed. 3182017018**

**CAPÍTULO 9 ..... 79**

**DOR ASSOCIADA AO PROCEDIMENTO DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL COM SISTEMA ABERTO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Layara da Silva

Roberta Teixeira Prado

Jussara Regina Martins

Lairana Dineli Pacheco dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed. 3182017019**

**CAPÍTULO 10 ..... 87**

**ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS E ORGANIZACIONAIS PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Laura Andrian Leal

Silvia Helena Henriques

Daniela Sarreta Ignácio

Nilva Maria Ribeiro

**DOI 10.22533/at.ed. 31820170110**

**CAPÍTULO 11 ..... 100**

**FATORES DE RISCO PARA LESÃO DE CórNEA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Queila Faria dos Santos

Graciele Oroski Paes

Marília Gomes e Silva

Carlos Rodrigo Moraes de Oliveira

**DOI 10.22533/at.ed. 31820170111**

**CAPÍTULO 12 ..... 109**

**FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS A POLIMEDICAÇÃO EM IDOSOS**

Flávia Marques da Silva

Fernanda Marques da Silva

Márcio Antonio de Assis

**DOI 10.22533/at.ed. 31820170112**

**CAPÍTULO 13 ..... 121**

**GERONTOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA: SEGURANÇA E ACESSO DOS IDOSOS EM LOCAIS PÚBLICOS**

Marcela Iartelli Silva

Leonardo Moreira Dos Santos

Tatiana Miyuki Ueyama

Marcio Antonio de Assis

Emilio Donizeti Leite

**DOI 10.22533/at.ed. 31820170113**

**CAPÍTULO 14 ..... 131**

**HIV NA POPULAÇÃO IDOSA**

Fernanda Marques da Silva

Flávia Marques da Silva

Márcio Antonio de Assis

**DOI 10.22533/at.ed. 31820170114**

**CAPÍTULO 15 ..... 142**

**VANTAGENS DA TERAPIA DAS REDES DE BALANÇO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Debora Cristina Ribeiro

Jonatas de Freitas Correa

**DOI 10.22533/at.ed. 31820170115**

**CAPÍTULO 16 ..... 153**

**O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM DE MARINHO (IDAM): APLICAÇÃO DO MÉTODO**

Antônio de Magalhães Marinho

Suzana da Silva Pereira

Maria Lelita Xavier

Julia Marinho Ribeiro

**DOI 10.22533/at.ed. 31820170116**

**CAPÍTULO 17 ..... 167**

**O TEATRO COMO INSTRUMENTO SOCIOEDUCATIVO NA ESCOLA - EXPERIÊNCIAS EXITOSAS**

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Lucas Lima de Carvalho

Lucas Rodrigues Claro

Amanda dos Santos Cabral

Regina Izabella Mendes da Costa

Marcela Pereira da Silva Mello

Maria Cristina Dias da Silva

Bruna Liane Passos Lucas

Antonio Eduardo Vieira dos Santos

Ravini dos Santos Fernandes Vieira dos Santos

Alexandre Oliveira Telles

Vera Lucia Rabello de Castro Halfoun

Maria Kátia Gomes

**DOI 10.22533/at.ed. 31820170117**

**CAPÍTULO 18 ..... 179**

**VIVER SOZINHO NA TERCEIRA IDADE: SINÔNIMO DE INDEPENDÊNCIA?**

Magda Ribeiro de Castro

Ruana Ribeiro Rodrigues

Giselle Kirmse Rodrigues

Carolina Falcão Ximenes

Ana Paula Santos Castro

Gabriela Brandt Will

Gustavo Costa

Maria Lucia Costa de Moura

Solange Aparecida Mauro Fioresi

Isabel de Souza Netto Daroz

Hildebrando Souza Santos

**DOI 10.22533/at.ed. 31820170118**



**CAPÍTULO 19 ..... 191**

**VITAMINA DE REDUÇÃO DO RISCO DE CÂNCER: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS,  
CLÍNICO E EXPERIMENTAIS**

Hyan Ribeiro da Silva  
Alice Lima Rosa Mendes  
Antonia Rosalia Pimentel Pinto  
Carlos Antonio Alves de Macedo Júnior  
Franciane Paiva da Silva  
Gerson Tavares Pessoa  
Hillary Marques Abreu,  
Jéssica Maria Santana Freitas de Oliveira  
Jordhanya Barros da Silva Almeida  
José Chagas Pinheiro Neto  
Lexlanna Aryela Loureiro Barros  
Luã Kelvin Reis de Sousa  
Maisa Campêlo de Sousa  
Natália Borges Guimarães Martins  
Patrícia Nunes dos Santos  
Rayssa Hellen Ferreira Costa

**DOI 10.22533/at.ed. 31820170119**

**SOBRE A ORGANIZADORA..... 199**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 200**

# CAPÍTULO 1

## AMPLIANDO OS CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE AUDITIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA CAPACITAÇÃO

Data de aceite: 19/12/2019

Data de submissão: 10/10/2019.

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8224405524769640>

### **Kelly Mariana Pimentel Queiroz**

Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Curso de Enfermagem e Obstetrícia. Macaé – Rio de Janeiro.

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0911010068020145>

### **Ana Carolina Souza da Costa**

Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Curso de Medicina. Macaé – Rio de Janeiro.

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6660225529171903>

### **Mariana Oliveira do Couto Silva**

Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Curso de Medicina. Macaé – Rio de Janeiro.

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0780769594986273>

### **Fernanda Valetim**

Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Curso de Medicina. Macaé – Rio de Janeiro.

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8098562625323311>

### **Paula Silva Figueiredo**

Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Curso de Medicina. Macaé – Rio de Janeiro.

### **Tathyanna Bichara de Souza Neves**

Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Curso de Medicina. Macaé – Rio de Janeiro.

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2015090054817347>

### **Maria Fernanda Larcher de Almeida**

Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Curso de Nutrição. Macaé – Rio de Janeiro.

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1794231232150051>

### **Angelica Nakamura**

Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Curso de Nutrição. Macaé – Rio de Janeiro.

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9339614708165484>

### **Uliana Pontes Vieira**

Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Curso de Medicina. Macaé – Rio de Janeiro.

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9463284807189092>

### **Vivian Oliveira Sousa Correia**

Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Curso de Medicina. Macaé – Rio de Janeiro.

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5882662808399208>

**RESUMO:** O presente estudo visou apresentar as experiências da equipe do projeto Saudi em uma capacitação voltada a agentes comunitários de saúde do município de Macaé. Realizou-se a capacitação intitulada “Ampliando os conhecimentos sobre saúde auditiva”, no Curso de Atualização em Saúde da Família para Agentes Comunitário de Saúde, no município de Macaé. A capacitação em saúde auditiva foi realizada pela equipe do projeto Saudi, composto por graduandos dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia, e Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira, aqui denominados educadores; e oferecida aos agentes comunitários, denominados educandos. A capacitação teve duração de 2 horas e contou com a participação de 61 agentes comunitários de saúde, contudo, ao final, 57 estavam presentes. Pela avaliação dos conhecimentos no PRÉ-TESTE, pode-se verificar que a maioria apresentou os conhecimentos prévios considerados “muito bom”. Contudo, no PÓS-TESTE, houve uma diminuição na proporção dos acertos em 05, das 10 afirmativas. Conclui-se que a capacitação permitiu a troca de saberes e experiências entre os educadores e os educandos, mesmo apresentando elevada proporção de respostas incorretas no PÓS-TESTE em relação ao PRÉ-TESTE.

**PALAVRAS-CHAVE:** Audição. Educação em Saúde. Educação Permanente. Promoção da Saúde.

## EXPANDING KNOWLEDGE ABOUT HEARING HEALTH: EXPERIENCE REPORT OF TRAINING

**ABSTRACT:** The present study aimed to present the experiences of the Saudi project team in a training aimed at community health agents in the city of Macaé. The training titled “Expanding knowledge about hearing health” was carried out in the update course of the Family Health for Community Health Agents, in the city of Macaé. The training in hearing health was performed by the Saudi project team, consisting of undergraduate students of Nursing and Obstetrics, and Medicine at the Federal University of Rio de Janeiro - UFRJ/Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira, here called educators; and offered to community agents, called learners. The training lasted 2 hours and was attended by 61 community health agents, however, at the end, 57 were present. From the evaluation of the knowledge in the PRE-TEST, it can be verified that the majority presented the previous knowledge considered “very good”. However, in POST-TEST, there was a decrease in the proportion of correct answers in 05 out of 10 statements.



It was concluded that the training allowed the exchange of knowledge and experiences between the educators and the students, even presenting a high proportion of incorrect answers in the POST-TEST in relation to the PRE-TEST.

**KEYWORDS:** Education, Continuing. Health Education. Health Promotion. Hearing.

## 1 | INTRODUÇÃO

A audição é um dos sentidos fundamentais para o desenvolvimento do ser humano, e está intimamente associada ao desenvolvimento de pensamento, memória e raciocínio (MARAZITA et al., 1993; FERNANDES et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que a deficiência auditiva é uma das deficiências mais frequentes na população de todo o mundo, encontrando-se seis em cada mil crianças com perda auditiva ao nascimento, e uma em cada mil apresentando deficiência auditiva antes de chegar à idade adulta (WORLD ORGANIZATION HEALTH, 2018).

No Brasil, a deficiência auditiva vem se constituindo em um importante problema de saúde pública, detectando-se para cada 1000 neonatos saudáveis, 1 a 3 apresenta perda bilateral significativa (ONODA et al., 2011).

No ano de 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelou que cerca de 10 milhões de brasileiros apresentam deficiência auditiva, e cerca de 114.554 mil se encontra na faixa de 0 a 5 anos de idade, com diferentes graus de perda auditiva (IBGE, 2010a).

A detecção precoce da perda auditiva ao nascer ou na primeira infância, portanto, é fundamental para que o ser humano possa se desenvolver adequadamente (CAPELLI et al., 2016).

Diante desses fatos, é relevante o papel exercido pelos profissionais da saúde no mapeamento e monitoramento de indivíduos em todas as fases do ciclo da vida, principalmente crianças que possam apresentar alguma alteração audiológica, para que possam ser encaminhados ao atendimento especializado.

A capacitação dos profissionais de saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde, importantes mediadores entre a comunidade e o serviço de saúde, permite que eles obtenham o conhecimento adequado e atualizado, tornando-os aptos para identificar e monitorar as pessoas que necessitam de cuidados no âmbito da saúde auditiva.

No Brasil, ainda são poucas as ações voltadas a saúde auditiva, sendo de grande relevância educar a população sobre esse tema (SILVA et al., 2017), sendo agente comunitário de saúde um profissional apto a levar as informações a população.

O presente artigo visa apresentar as experiências da equipe do projeto Saudi

em uma capacitação voltada a agentes comunitários de saúde do município de Macaé.

## 2 | MÉTODOS

Realizou-se um relato de experiências a partir de uma capacitação em saúde auditiva voltada a agentes comunitários de saúde intitulada: “Ampliando os conhecimentos sobre saúde auditiva”, no Curso de Atualização em Saúde da Família para Agentes Comunitário de Saúde, oferecido pela Secretaria Adjunta de Ensino Superior do município de Macaé, que tem como proposta dar continuidade ao processo de Educação Permanente dos profissionais da área, no município de Macaé.

O objetivo principal da capacitação foi apresentar aos agentes comunitários de saúde informações relevantes sobre a saúde auditiva no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A capacitação foi planejada e oferecida pela equipe Saudi do projeto de pesquisa e extensão “Saudi nas escolas: Triagem auditiva e ações de promoção à saúde auditiva na Rede Básica de ensino de Macaé”, conhecido como projeto Saudi, composto por graduandos dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia, e Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ/Campus UFRJ-Macaé, denominados educadores; e oferecida aos agentes comunitários, denominados educandos.

O projeto Saudi tem como objetivo principal realizar diagnóstico das condições de saúde auditiva das crianças e adolescentes da Rede Básica de Ensino de Macaé. Um de seus objetivos específicos é capacitar profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde e professores da Rede Básica de Ensino sobre saúde auditiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes/RJ, sob CAAE nº 79564717.9.0000.5244.

Assim, desde outubro de 2017, a equipe vem desenvolvendo ações de educação em saúde em parceria com o município de Macaé, por meio de capacitações, oficinas, palestras, entre outros, voltadas à promoção da saúde auditiva, direcionadas a públicos variados: pré-escolares, escolares, adolescentes, professores da rede pública e privada de ensino, profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família (UBSF) do Município de Macaé (Região do Norte Fluminense, RJ) e graduandos de diferentes áreas de atuação e comunidade em geral.

### 2.1 Planejamento da capacitação

O modelo teórico Promoção da Saúde foi escolhido para a realização da

capacitação por apresentar como protagonista o sujeito da ação, que articula o conhecimento e os diferentes saberes, favorecendo o diálogo (MOREIRA et al., 2011). No Brasil, este referencial é consolidado na Política Nacional de Promoção à Saúde – PNPS (BRASIL, 2006), apresentado, dentre os seus objetivos específicos, o de promover os processos de educação, “formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, segundo os princípios e valores expressos, para trabalhadores, gestores e cidadãos”.

A estratégia de ensino utilizada foi a aula expositiva dialogada (AED) que se caracteriza pela exposição dos conteúdos pelos educadores considerando a participação ativa dos educandos, bem como os seus conhecimentos prévios (SÁ et al, 2017; ANASTASIOU; ALVES, 2004). Nesse processo, o educador tem um papel fundamental de estimular o questionamento, a interpretação e a discussão do tema abordado.

No planejamento da AED, foram definidas 08 etapas descritas no Quadro 01.

| <b>Etapas</b>                                   | <b>Objetivos</b>  | <b>Métodos</b>   | <b>Duração</b> |
|---|---|--|----------------|
| 1. Apresentação dos educadores da equipe Saudi. | Apresentar os componentes das equipes.  | <b>Exposição dialogada</b><br>As coordenadoras do projeto apresentarão brevemente o projeto e os membros da equipe e perguntarão os nomes dos agentes comunitários de saúde o local de atuação.  | 10 min         |
| 2. Acolhimento                                  | Fazer com que ocorra interação entre educador e educando de forma que haja um ambiente descontraído. Identificar a percepção dos educandos sobre o tema a ser abordado. | <b>Dinâmica de grupo</b><br>Uma educadora distribuirá para os educandos folhas de papel A4 e lápis, pedirá para o mesmo demonstrar em gestos, palavras, frases, o que vem à mente quando se fala em saúde auditiva/ pessoas com deficiência auditiva. Após os minutos previamente estipulados, a educadora estimulará a participação dos educandos de forma voluntária, para falarem sobre o que produziu. | 15 min         |
| 3. PRÉ-TESTE                                    | Identificar os conhecimentos prévios dos educandos acerca da saúde auditiva.  | <b>Avaliação do conhecimento prévio</b><br>Uma educadora distribuirá para cada educando um questionário com 10 afirmativas, com a opção para assinalar verdadeiro ou falso. Após 12 minutos, a educadora recolherá os questionários.   | 15 min         |
| 4. Audição                                      | Apresentar a importância da audição para o desenvolvimento humano.  | <b>Aula Expositiva Dialogada</b><br>Uma educadora utilizando recursos visuais (imagens animadas e smartarts no power point), o sentido da audição será abordado com enfoque em sua definição e participação na comunicação humana e interação do indivíduo com o ambiente em que se insere.  | 10 min         |
| 5. Anatomia da Orelha                           | Apresentar a anatomia e fisiologia da audição dando ênfase na importância do mesmo para a captação do som.  | <b>Aula Expositiva Dialogada</b><br>Com auxílio da projeção de slides, uma educadora apresentará o sistema auditivo e seus principais componentes: o condutivo (composto pela orelha externa e média), o componente sensorial (a cóclea) que transforma o impulso sonoro em elétrico, e o componente neural.   | 15 min         |

|                                      |  |   |        |
|--------------------------------------|--|---|--------|
| 6. Desenvolvimento da Linguagem      | Apontar como ocorre o desenvolvimento da linguagem.                                  | <b>Aula Expositiva Dialogada</b><br>Com auxílio da projeção de slides, uma educadora explicará a importância do reconhecimento do som para a compreensão e desenvolvimento da linguagem e aprendizado.  | 10 min |
| 7. A pessoa com Deficiência Auditiva | Introduzir noções gerais sobre a saúde auditiva e a pessoa com deficiência auditiva. | <b>Aula Expositiva Dialogada</b><br>Com auxílio da projeção de slides, uma educadora apresentará as definições da deficiência auditiva e surdo, associando com a referência cultural e inclusão do mesmo na sociedade. Explicará sobre o teste da orelhinha, sua importância, a caderneta de vacinação e situação epidemiológica da deficiência auditiva no Brasil. | 30 min |
| 8. PÓS-TESTE                         | Verificar os conhecimentos obtidos após a capacitação.                               | <b>Avaliação do conhecimento adquirido</b><br>Ao final da capacitação, uma educadora distribuirá para cada educando o mesmo questionário com 10 afirmativas, de verdadeiro ou falso. Após 12 minutos, a educadora recolherá os questionários.   | 15 min |

Quadro 01. Planejamento da capacitação “Ampliando os conhecimentos sobre saúde auditiva”, segundo etapas, objetivos, métodos e duração, oferecida no Curso de Atualização em Saúde da Família para Agentes Comunitário de Saúde, no município de Macaé, em 2019.

A avaliação dos conhecimentos dos educandos obtidos após a capacitação foi realizada por meio da comparação das proporções das respostas dadas pelos educandos no PRÉ-TESTE com aquelas observadas no PÓS-TESTE (Quadro 02).

Nos PRÉ e PÓS-TESTE, foram definidos os parâmetros para análise das proporções de cada afirmativa avaliada, considerando-se os seguintes resultados: (1) menos de 25,0% das respostas corretas (Resultado considerado: INSATISFATÓRIO); (2) 25,0% a 50,0% de respostas corretas (Resultado considerado: REGULAR); (3) 50,0% a 75,0% de respostas corretas (Resultado considerado: BOM); (4) 75,0% a 100,0% das respostas corretas (Resultado considerado: MUITO BOM).

| <b>Afirmativas</b>   | <b>Respostas</b> |
|--|------------------|
| 1. A audição é o sentido que permite somente a captação de estímulos sonoros.  | <b>F</b>         |
| 2. A ausência de estímulo auditivo não causa posteriores dificuldades na comunicação do ser humano.  | <b>F</b>         |
| 3. As células ciliadas, um importante conjunto de células responsáveis pela audição, não se regeneram, por isso é essencial preservar ao máximo a audição.               | <b>V</b>         |
| 4. A orelha é dividida em 3 regiões: externa, média e interna. Prejuízos em diferentes regiões e, estruturas das mesmas, podem gerar diferentes tipos de perda auditiva. | <b>V</b>         |
| 5. O bebê só começa escutar os sons externos da barriga da mãe próximo aos 9 meses.  | <b>F</b>         |
| 6. Com 3 meses de idade o bebê já presta atenção nos sons e vocaliza.  | <b>V</b>         |
| 7. Pessoa com deficiência auditiva é atualmente o termo correto a ser usado.   | <b>V</b>         |
| 8. A palavra Surdo revela uma perspectiva visual do mundo sem apontar para uma ‘deficiência’ e sim para uma diferença cultural, histórica, social e linguística.         | <b>V</b>         |

|   |   |
|---|---|
| 9. Toda pessoa com deficiência auditiva faz uso de próteses auditivas.                                  | F |
| 10. A realização do teste da orelhinha nos recém-nascidos não é obrigatória nas maternidades do Brasil. | F |

Quadro 02. Afirmativas apresentadas no PRÉ-TESTE e PÓS-TESTE da capacitação oferecida pela Equipe Saudi, intitulada “Ampliando os conhecimentos sobre saúde auditiva”, no curso de atualização em Saúde da Família para Agentes Comunitário de Saúde no município de Macaé, em 2019.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A capacitação aconteceu no turno da tarde, em junho de 2019, no auditório do Bloco A, localizado na Cidade Universitária do município de Macaé, teve duração de 120 minutos (2 horas) e contou com a participação de 61 agentes comunitários de saúde, contudo, ao final, estavam presentes 57 educandos.

Os educadores verificaram que a etapa Acolhimento teve poucos educandos interessados em apresentar o que elaborou. Somente dois educandos expuseram a sua percepção sobre a saúde auditiva e sua importância, sendo o orelhão uma produção que, segundo um educando, permitia o contato das pessoas entre si e as aproximava, por meio da audição e comunicação.

A etapa de maior interesse e participação dos educandos foi a sétima, que abordava diferentes temas no campo da saúde auditiva. Verificou-se que os educandos desconheciam a diferença entre surdo e deficiência auditiva, que pelo Decreto nº5.626/2005, a pessoa com deficiência auditiva “é aquela que possui perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, na média das frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz”. Já pessoa surda “é aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais – Libras” (BRASIL, 2005).

Outro aspecto abordado e questionado pelos educandos, nesta etapa, foi a importância do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas, mais conhecido como **Teste da orelhinha**, que no Brasil, por meio da Lei Federal nº. 12.303/2010 (BRASIL, 2010), deve ser gratuito e sua realização obrigatória em todos os recém-nascidos que passaram pela Triagem Auditiva Neonatal (TAN) das maternidades públicas (BRASIL, 2012). Os educandos questionaram sobre como deve ser realizado o rastreamento e o encaminhamento dos lactentes que não fizeram o teste da orelhinha. Os educandos esclareceram que a observação da carteira de saúde da criança na página sobre o teste da orelhinha, bem como os demais testes, é de grande relevância, pois não sendo realizado, o lactente deve ser encaminhado ao médico da família, pelos agentes comunitários de saúde, que fará a avaliação e o encaminhamento, se necessário, ao centro especializado de referência.



Em relação a avaliação dos conhecimentos prévios dos educandos pelo PRÉ-TESTE, pode-se verificar que a afirmativa 1 teve o resultado considerado regular (44,0%), a afirmativa 8 teve o resultado bom (57,0%), e as demais afirmativas tiveram o resultado acima de 82,0%, sendo considerado muito bom. Os itens 3, 4, 6 e 7 tiveram percentuais variando de regular a bom (Tabela 01).

No PÓS-TESTE, pode-se observar que a afirmativa 1 teve o resultado satisfatório (59,6%), a afirmativa 6 teve o resultado insatisfatório (14,0%), a afirmativa 8 teve o resultado regular (42,6%), e as demais afirmativas tiveram o resultado acima de 76,8%, sendo considerado muito bom. Observou-se que as afirmativas 5, 6, 8, 9 e 10 no PÓS-TESTE tiveram proporções de acertos menores quando comparadas com as proporções do PRÉ-TESTE.

Uma hipótese levantada pelos educadores para essa queda foi a de que os educandos já estavam cansados e não se empenharam em responder adequadamente. Todavia, segundo os educadores, a capacitação alcançou o objetivo proposto, por meio da aula de exposição dialogada, pois essa estratégia permitiu a “superação da passividade e da imobilidade intelectual” dos educandos (SÁ et al., p. 631). Ela proporcionou a interação, interesse e participação ativa entre os educadores e os educandos, além de permitir a troca de experiências e vivências sobre um tema de grande importância na atualidade.

Os educadores observaram que os educandos puderam fazer questionamentos em todas as etapas, e apresentar as suas opiniões e conhecimentos prévios, permitindo o senso crítico e reflexivo, além de serem agentes sujeitos participantes do processo.

| Afirmativas  | PRÉ-TESTE*      |               | PÓS-TESTE**     |               |
|--|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
|  | Acertos<br>n(%) | Erros<br>n(%) | Acertos<br>n(%) | Erros<br>n(%) |
| 1. A audição é o sentido que permite somente a captação de estímulos sonoros.  | 27(44,0)        | 34(56,0)      | 34(59,6)        | 23(40,4)      |
| 2. A ausência de estímulo auditivo não causa posteriores dificuldades na comunicação do ser humano.  | 52(85,0)        | 9(15,0)       | 47(85,5)        | 8(14,5)       |
| 3. As células ciliadas, um importante conjunto de células responsáveis pela audição, não se regeneram, por isso é essencial preservar ao máximo a audição.               | 52(85,0)        | 9(15,0)       | 52(94,5)        | 3(5,5)        |
| 4. A orelha é dividida em 3 regiões: externa, média e interna. Prejuízos em diferentes regiões e, estruturas das mesmas, podem gerar diferentes tipos de perda auditiva. | 50(82,0)        | 11(18,0)      | 53(93,0)        | 4(7,0)        |
| 5. O bebê só começa escutar os sons externos da barriga da mãe próximo aos 9 meses.  | 53(87,0)        | 8(13,0)       | 49(86,0)        | 8(14,0)       |
| 6. Com 3 meses de idade o bebê já presta atenção nos sons e vocaliza.  | 51(85,0)        | 9(15,0)       | 8(14,0)         | 49(86,0)      |

|   |          |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|----------|
| 7. Pessoa com deficiência auditiva é atualmente o termo correto a ser usado.  | 53(87,0) | 8(13,0)  | 53(93,0) | 4(7,0)   |
| 8. A palavra <b>Surdo</b> revela uma perspectiva visual do mundo sem apontar para uma 'deficiência' e sim para uma diferença cultural, histórica, social e linguística. | 34(57,0) | 26(43,0) | 23(42,6) | 31(57,4) |
| 9. Toda pessoa com deficiência auditiva faz uso de próteses auditivas.  | 59(97,0) | 2(3,0)   | 49(87,5) | 7(12,5)  |
| 10. A realização do teste da orelhinha nos recém-nascidos não é obrigatória nas maternidades do Brasil.   | 50(82,0) | 11(18,0) | 43(76,8) | 13(23,2) |

Tabela 01. Distribuição percentual das dez afirmativas apresentadas no PRÉ-TESTE e PÓS-TESTE da capacitação oferecida pela Equipe Saudi, intitulada "Ampliando os conhecimentos sobre saúde auditiva", no curso de atualização em Saúde da Família para Agentes Comunitário de Saúde no município de Macaé, em 2019.

\*No início da capacitação, estavam presentes 61 ACS realizando o PRÉ-TESTE, porém, o n de cada resposta variou devido a existência afirmativas apresentando as duas opções de resposta (V ou F) assinaladas. Nesse caso, a afirmativa foi anulada.

\*\*No final da capacitação, estavam presentes 57 ACS, que realizaram o PÓS-TESTE, porém, o n de cada resposta variou devido a existência afirmativas apresentando as duas opções de resposta (V ou F) assinaladas. Nesse caso, a afirmativa foi anulada.

## 4 | CONCLUSÃO

A capacitação permitiu a troca de saberes e experiências entre os educadores e os educandos, considerando-se favorável e adequada a utilização da aula expositiva dialogada como estratégia para a troca informações com os educandos, principalmente devido ao número elevado de participantes.

Para finalizar, mesmo tendo elevada proporção de respostas incorretas no PÓS-TESTE, a equipe Saudi ficou satisfeita com a dinâmica e a interação entre os educadores e os educandos.

## REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). **Processos de ensinagem na universidade**. Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3. ed. Joinville: Univille, 2004. p. 67-100.

BRASIL. Decreto nº 5.626, de dezembro de 2005. [Internet]. **Regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS**, e o art. 18 da Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. [Acesso 06 Set 2019]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20042006/2005/decreto/d5626.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2005/decreto/d5626.htm)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.303, de 02 de agosto de 2010. [Internet]. **Dispõe sobre a**

**obrigatoriedade da de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas.** Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. [Acesso 06 Set 2019]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal*. Brasília, 2012.

CAPELLI, J. C. S.; ALMEIDA, M. F. L.; BARCELOS, V. P. C.; SOUZA, A. P. A.; ABDALLA, G. B. M. Panorama da saúde auditiva e a política nacional de atenção voltadas às pessoas com deficiência auditiva no Brasil. In: CAPELLI, J. C. S. et al. (Orgs.). **A pessoa com deficiência auditiva: os múltiplos olhares da família, saúde e educação**. 1.ed. – Porto Alegre: Rede Unida. [Acesso 06 Set 2019] 2016. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/a-pessoa-com-deficiencia-auditiva-pdf>>.

FERNANDES, F. M.; CAPELLI, J. C. S.; CORRÊA, V. O. S.; ALMEIDA, A. O. S.; NOGUEIRA, I. M. Como ocorre o desenvolvimento da linguagem na infância? In: CAPELLI, J. C. S. et al. (Org.). **A pessoa com deficiência auditiva: os múltiplos olhares da família, saúde e educação**. 1.ed. – Porto Alegre: Rede Unida. [Acesso 06 Set 2019] 2016. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/a-pessoa-com-deficiencia-auditiva-pdf>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Estatística de Gênero de Deficiência Auditiva (pessoas)**. Censo Demográfico, 2010. [Acesso 06 Set 2019] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&ind=4643&cat=-1,-2,-3,128>>

MARAZITA, M. L.; PLOGHMAN, L. M., RAWLINGS, B., REMINGTON, E., ARNOS, K. S.; NANCE, W. E. Genetic epidemiological studies of early-onset deafness in the U.S. school-age population. **Am J Med Genet** 1993; 46:486-91.

MOREIRA, A. F.; PEDROSA, J. G.; PONTELO, I. O conceito de atividade e suas possibilidades na interpretação de práticas educativas. **Rev Ensaio**. 2011;13(3):13-29.

SÁ, E. F.; QUADROS, A. L.; MORTIMER, E. F.; SILVA, P. S.; TALIM, S. L. As aulas de graduação em uma universidade pública federal: planejamento, estratégias didáticas e engajamento dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação**. 2017; 22(70): 625-650.

SILVA, A. R.; REGO, T. A. S.; SOUZA I. L.; CORREA, V. O. S.; LARCHER, M. F. A.; CAPELLI, J. C. S. et al. (Orgs.) **Promoção em saúde auditiva: a filipeta como estratégia de divulgação dos 9 passos para o cuidado da audição**. In: Scremin, R. T. (Org.) *A educação física em foco*. Curitiba (PR): Atena, 2017. 167p.

ONODA, R. M.; AZEVEDO, M. F.; SANTOS, A. M. N. Neonatal Hearing Screening: failures, hearing loss and risk indicators. **Braz J Otorhinolaryngol**. 2011;77(6):775-83.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevention of deafness and hearing impairment**. [Internet]; [Cited 2019 Aug 26]. Available from: <[http://www.who.int/pbd/deafness/en/survey\\_countries.gif](http://www.who.int/pbd/deafness/en/survey_countries.gif)>

## A ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APLICAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS: PROPOSTA DE UM MODELO

Data de aceite: 19/12/2019

Data de submissão: 14/10/2019

### Antônio de Magalhães Marinho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/2330263368487131>

### Suzana da Silva Pereira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/6664828787007401>

### Maria Lelita Xavier

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/3521578021058892>

### Julia Marinho Ribeiro

CAP / UFRJ Rio de Janeiro – RJ

**RESUMO:** Este estudo tomou como base a equação de estruturação de PT desenvolvida por Marinho. Ele tem como objetivos apresentar um modelo que evidencie todas as etapas e todas as características necessárias para a execução adequada do PT. A equação é composta por 5 variáveis: procedimentos, profissional, infraestrutura, indicadores e riscos. O PT abordado neste no estudo refere-se aos

setores de vacinação, a partir desse exemplo pretende-se tornar mais visível todas as etapas do PT em Setores de Imunização. Por outro lado, evidenciar a importância da aplicação sistemática de uma metodologia para buscar continuamente a melhoria do Processo de Trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vacinação; Processo de Trabalho; Gerenciamento.

### THE STRUCTURING OF THE WORK PROCESS IN THE APPLICATION OF IMMUNOBIOLOGICALS: PROPOSAL OF A MODEL

**ABSTRACT:** This study was based on the structuring equation of PT developed by Marinho. It aims to present a model that evidences all the steps and all the necessary characteristics for the proper execution of the PT. The equation consists of 5 variables: procedures, professional, infrastructure, indicators and risks. The PT approached in this study refers to the vaccination sectors, from this example intends to make more visible all the stages of PT in immunization sectors. On the other hand, it evidences the importance of the systematic application of a methodology to continually seek the improvement of the work process.

**KEYWORDS:** Vaccination; work process; Management

## INTRODUÇÃO

Com base na teoria geral dos sistemas (TGS), que surgiu com os trabalhos do biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy, publicados entre 1950 e 1968, surgiu um conceito revolucionário sobre sistemas:

“Sistema é um conjunto de elementos dinamicamente relacionados entre si, formando uma atividade para atingir um objetivo, operando sobre entradas (informações, energia, matéria) e fornecendo saídas (informações, energia e matéria) processadas”.

Assim, foram observados que um sistema possui um conjunto de cinco (5) componentes ou parâmetros: input (entrada), processing /transmation (processamento / transformação), output (saída), evaluation (avaliação), feedback (retroalimentação) e Environment (ambiente). As entradas - são os recursos que a organização obtém ou extrai do ambiente, abrangem as informações, capital, mão-de-obra, equipamentos, etc. O Processo de transformação – refere-se à competência dos trabalhadores que compõem a organização para transformar os recursos da entrada em bens e serviços nas saídas. As Saídas são os resultados do processamento na forma de bens, serviços ou produtos que são destinados ao usuário ou cliente final. O Controle e avaliação – sua maior responsabilidade é verificar se as saídas são coerentes com os objetivos estabelecidos. A Retroalimentação é um processo de comunicação que reage a cada entrada, o *Feedback* –corresponde ao retorno das informações. Ele visa manter o desempenho de acordo com o padrão ou critério escolhido. O Ambiente – é caracterizado por um conjunto de elementos que não pertencem ao sistema, onde qualquer alteração no sistema pode mudar ou alterar os elementos e ainda qualquer alteração nos elementos pode mudar ou alterar o sistema. O ambiente de um sistema sofre influência de: mão-de-obra, concorrência, consumidores, fornecedores, governo, tecnologia e comunidade (MOTA, 1971).

Foram destas bases teóricas que Marinho (2012) elaborou a definição do Processo de Trabalho (PT) que será utilizado nesse estudo. Com isso, o Processo de Trabalho é o conjunto de atividades envolvidas no processamento/ transformação de insumos (entrada) em produtos (bens ou serviços), inserido num ambiente dinâmico da organização. Quando na avaliação observa-se que o produto apresenta algum problema (defeito /erro) ou desvio do esperado, buscar-se-á através da retroalimentação saber se o defeito foi gerado pelos insumos inadequados ou pelo processo de transformação (por não terem seguido as instruções operacionais, ou os protocolos ou mesmo POPs).

No Projeto Técnicas e Estratégias para Melhorias dos Processos de Trabalho (TMPT) desenvolvido na UERJ utiliza-se uma série de instrumentos, ferramentas,



técnicas e estratégias para alcançar as melhorias desejadas nos Processos de Trabalho (PT) das Unidades de Saúde. Uma das ferramentas é a equação de estruturação de PT proposta por Marinho (2012), que propicia uma visão bastante ampliada do que representa um processo de trabalho numa organização. A equação é composta por 13 variáveis: **PT= 2(PI)R + CV + 3(MS)**. Ela apresenta duas etapas bem distintas: uma operacional, representada por  $PT= 2(PI)R$  e outra gerencial onde:  $PT= CV + 3(MS)$ . O significado de cada letra é: PT= Processo de Trabalho; P<sup>1</sup>= Procedimento; P<sup>2</sup>= Profissional; I<sup>1</sup>= Infraestrutura, I<sup>2</sup>= Indicadores; R= Riscos Ocupacionais; C = Custos; V= Valor de Venda; M<sup>1</sup>= Mercado; M<sup>2</sup>= Marketing; M<sup>3</sup>= Métricas/ Metas; S<sup>1</sup>= Satisfação do Cliente; S<sup>2</sup>= Sistema de Avaliação da Qualidade e S<sup>3</sup>= Sucesso do PT. Já a estrutura na fase operacional é:  $PT=2(PI)R$ . O procedimento (P<sup>1</sup>) é representado pelas atividades expressas por verbos de ação (a- informar, acolher, cuidar, assistir, registrar, abrir caderneta; b- acolher, avaliar, esclarecer, prescrever, registrar, encaminhar; c- avaliar, inspecionar, tranquilizar, aplicar, registrar; d- avaliar, orientar, fornecer declaração); O Profissional (P<sup>2</sup>) é o sujeito escalado para realizar as etapas do Procedimento (P<sup>1</sup>). Ele deve estar capacitado para realizar as atividades / ações, isto é deve ter as competências expressas pelo mnemônico CHAVE, isto é, ter conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e energias do ambiente para realizar cada uma das atividade. A Infraestrutura (I<sup>1</sup>) é representada pelo local, sala , isto é, pelo espaço físico com todas as condições de iluminação, climatização, rede de água, esgoto, e ainda pelos móveis, aparelhos, máquinas, utensílios, material de consumo (algodão, álcool a 70%, seringas, agulhas, etc). Os Indicadores (I<sup>2</sup>) são os registros da produção quanti-qualitativa, representados por dados e fatos realizados ou não em cada um dos procedimento (P<sup>1</sup>). Já os Riscos (R) são representados pelas exposições que o Profissional (P<sup>2</sup>) se submete quando realiza as etapas do Procedimento (P<sup>1</sup>) na Infraestrutura (I<sup>1</sup>), são eles: riscos biológicos, químicos, ergonômicos, físico-ambientais, mecânicos e estresse. Para estruturação do processo de trabalho “prevenção de doenças transmissíveis pela aplicação de imunobiológicos”, utilizar-se-á a fase operacional proposta por Marinho (2012). Para buscar melhorias do processo de trabalho estruturado pela equação da etapa operacional [ $PT= 2(PI)R$ ], podemos estruturar um *checklist* com as variáveis de cada uma das etapas, e verificar se atendem, se não atendem ou se atendem de forma parcial (diagnóstico situacional) e a partir daí aplicar a metodologia SOMEPa.

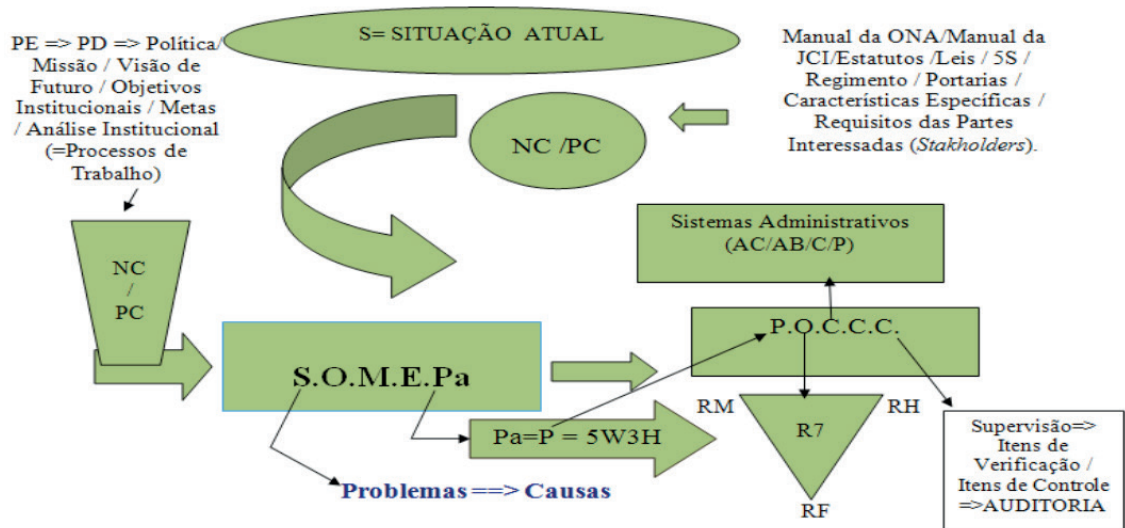


Figura 1- SOMEPA: - Uma Metodologia Auxiliar na Análise de Processos de Trabalho

## OBJETIVOS

Os objetivos do estudo são:

- 1- Apresentar uma estrutura mais adequada para atender as demandas do PT em setores de vacinação.
- 2- Tornar mais visível as etapas do PT em Setores de Imunização;
- 3- Aplicar uma metodologia focada na melhoria do Processo de Trabalho.

## REFERENCIAL TEÓRICO

No guia estruturado por Ballalai (2016) que aborda o Programa Nacional de Imunizações - PNI de 2016, verifica-se que o foco da prevenção no Brasil, através do uso de imunobiológicos, aponta para 22 doenças transmissíveis sendo elas: (3C) catapora ou varicela, coqueluche, caxumba; (4D) dengue, doença meningocócica, doença pneumocócica, difteria; (2F) febre amarela, febre tifóide; (1G) gripe ou influenza/H1N1; (5H) herpes zoster, vírus do papiloma humano (HPV), hepatite A e hepatite B; (1P) poliomielite; (3R) raiva humana, rubéola e rotavírus; (1S) sarampo; (2T) tétano e tuberculose. O processo de trabalho pode ser definido como uma atividade de cunho humana no qual, o indivíduo coloca em prática, energias físicas e cognitivas em que com isso, por meio de instrumentos transformam um objeto em um produto / Resultado (Material ou serviço) (MARINHO 2012). Sendo composta por: Objetivos (atividade destinada a um fim), objeto de trabalho (matéria sobre a qual se aplica o trabalho); e os meios de trabalho – instrumental (CARVALHO, 2012). A vacinação é meio que tem capacidade de promover a prevenção, controle, eliminação e erradicação de doenças transmissíveis (de grave problema em saúde pública) imunopreveníveis (BRASIL, 2014). A administração de imunobiológicos é

um processo que necessita de segurança, cuidados específicos e adequação de procedimentos antes e após a administração da vacina (BALLALAI, 2016; BRASIL, 2014).

Atualmente, o PNI (Programa Nacional de Imunização) disponibiliza 19 vacinas para administração, sendo elas: BCG, hepatite B (recombinante), Penta (Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B e Haemophilus influenzae b, difteria, tétano e pertussis (DTP), VIP ( contra poliomielite 1, 2 e 3 / inativada), VOP (poliomielite 1, 2, 3 - atenuada), Pneumo 10 (pneumocócica conjugada 10 valente, Rotavírus humano (VORH), Meningo C (meningocócica C - conjugada), febre amarela (atenuada), Tríplice Viral (contra sarampo, caxumba, rubéola), hepatite A, tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela - atenuada), dT (dupla adulto), HPV ( papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18), influenza e Varicela (BRASIL, 2018). O enfermeiro tem um relevante papel na sala de Vacinação, pois além de ser da responsabilidade dele treinar e capacitar os técnicos de enfermagem, ele realiza a supervisão dessa equipe no desempenho das atividades na sala da vacina. Com isso, compete a ele também, planejamento, organização das campanhas de vacinação, e gerenciamento do processo de imunização, entre outros (CERQUEIRA, 2017; OLIVEIRAS, 2013). Logo, as atividades preconizadas pelo PNI na sala de vacinação são exercidas por profissionais de Enfermagem, sendo os responsáveis pelo manuseio, conservação, preparo e administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de imunização(OLIVEIRAS, 2013).

No estudo de Técnicas para Melhoria de Processos de Trabalho proposto por Marinho, encontra-se uma metodologia denominada de SOMEPa. Ela apresenta diversas etapas que propiciam a análise do Processo de Trabalho, sua estrutura apresenta a seguinte sequência: 1º- Situação Atual (S)= Diagnóstico Situacional, nesta etapa temos dois caminhos a seguir: a) o primeiro, e mais simples, consiste da escolha de um padrão de desempenho, entendido como base referencial, usado na comparação do funcionamento atual de um determinado segmento e/ou processo de trabalho. A comparação é feita através de um *checklist*, quando se levanta qual é a condição atual em relação à conformidade (C), não-conformidade (NC) ou parcialidade da conformidade (PC). Frente às NCs e PCs, faz-se uma análise dos fatores, potenciais causas de cada uma das NC, utilizando-se a Ferramenta **7Ms (Matéria-Prima, Medidas, Método, Máquinas, Mão-de-Obra, Meio Ambiente e Moeda)**. Após a identificação de todos os fatores envolvidos no fenômeno reaplica-se uma nova verificação com a técnica de *checklist* buscando-se os fatores causais do problema em questão. b) o segundo, e mais complexo, mas mais adequado aos processos pedagógicos consiste de uma sequência de etapas como: 1- Levantar/ identificar todos os processos de trabalho da organização através de busca ativa e/ou de uma reunião com todas as chefias e partes interessadas. Processo de

trabalho é entendido como um conjunto de atividades que produzem um produto ou serviço; 2- Selecionar os processos de trabalho mais críticos utilizando-se das ferramentas: Votação de Pareto, Técnica Nominal de Grupo (TNG) e/ou Matriz GUT; 3- Observar a **Rotina / Protocolo** do Processo de Trabalho nas áreas operacionais; 4- Com a rotina elaborar o **Fluxograma** do Processo de Trabalho; 5- Identificar as **Partes Interessadas (Clientes internos e externos)** do Processo de Trabalho; 5- Relacionar os Requisitos (necessidades, expectativas, desejos, anseios e propriedades) de cada parte interessada e as características do produto/ serviço, **através da Técnica de Brainstorming**; 6- Verificar nas áreas operacionais através de técnica de *checklist* se os requisitos das partes interessadas (Clientes) estão sendo totalmente atendido (TA), parcialmente atendido (PA) ou não atendido (NA). Quando obtemos a condição de PA ou NA estamos frente a uma situação problema. (**Problema - É o resultado indesejável de um Processo de Trabalho**); 7- Identificar e selecionar (20 a 40%) os problemas mais críticos através das ferramentas: **Votação de Pareto** (exclusão) e posterior **aplicação da Matriz GUT** (Gravidade, Urgência e Tendência) ou TNG (**Técnica Nominal de Grupo**) para Seleção; 8 - Para cada Problema apurar os fatores, que podem estar impactando diretamente no Problema (Aplicando o **Diagrama de Causa e Efeito, associado à ferramenta 6M1D e à Técnica de Brainstorming**); 9- Verificar (Técnica de *Checklist*) e relacionar / listar os fatores causais (NC e PC) mais significativas de cada problema selecionado. 10- Selecionar (20 a 40%) os fatores causais, através das mesmas ferramentas: **Votação de Pareto** (exclusão) e posterior **aplicação da Matriz GUT** (Gravidade, Urgência e Tendência) ou TNG (**Técnica Nominal de Grupo**) para Seleção). Tanto por um quanto por outro caminho chegamos aos fatores causais dos problemas. 2º- A etapa seguinte é a de estabelecimento dos objetivos e (3º-) metas, para enfrentamento dos fatores causais. Para cada objetivo deve-se escolher as (4º) estratégias mais adequadas de enfrentamento de cada fator causal. Após estabelecemos a(s) estratégia(s) para alcançar cada Objetivo / Meta devemos estruturar o (5º) Plano de Ação, com a ferramenta 5W3H (**What** = o que vai se feito? **Why** = Porquê vai ser feito? **Who** = quem vai fazer? **When** = quando vai ser feito? **Where** = onde vai ser feito? **How** = como vai ser feito? **How Often** = quantas vezes? e **How Much** = quanto custa para fazer?) para viabilizar a Estratégia e dar conta da correção da não-conformidade.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo experimental focado num projeto de extensão voltado para a reestruturação e melhoria do Processo de Trabalho (MARINHO, 2012) desenvolvido pela equipe de Enfermagem. Nesta fase do estudo foi abordada

a etapa Operacional composta pela equação:  $PT = 2(PI)R$ . Para tal focamos no processo de trabalho, especificado como: Prevenção de doenças transmissíveis através da aplicação de imunobiológicos. Para dar conta do primeiro e segundo objetivos a metodologia utilizou-se de um quadro com 6 colunas e 4 linhas, sendo que as colunas contemplaram: 1- ordem sequencial de realização dos procedimentos; 2- procedimento (verbo que caracteriza a ação ou intervenção); 3- Profissional responsável pela realização da ação/ intervenção; 4- a infraestrutura (condições ambientais, material de consumo, aparelhos, equipamentos, formulários, etc.) necessária e essencial para o profissional realizar a ação / intervenção; 5- indicadores que caracterizam a produção e a qualidade do produto (serviços ou bens), e 6- os riscos aos quais o profissional se submetem ao realizar a ação/intervenção). Para dar conta do terceiro objetivo para melhoria do PT utilizou-se a metodologia SOMEPa, caracterizada por S= situação atual da atividade / PT, que mostra a conformidade ou a não conformidade de cada etapa do processo, evidenciando o problema e/ou causa do problema (diagnostico); O= objetivo proposto, respeitando o SMA<sup>2</sup>R<sup>2</sup>T (S=específico; M=mensurável); A<sup>1</sup>=alcançável; A<sup>2</sup>= abrangente; R<sup>1</sup>= realista; R<sup>2</sup>=relevante e T= temporal); M=meta (quanti ou qualitativa); E= estratégia; Pa= plano de ação (5W3H – o que?; qual?; Para que?; Quem?; Quando?; Onde?; Como?; Quantas vezes? E Quanto custará?)

## RESULTADOS

A dinâmica desenvolvida em uma sala de vacinação apresenta 4 etapas bem distintas: **\*1º etapa:** Recepção / Orientação, Abertura da Caderneta/ Carteira / Boletim de Vacinação e Preenchimento do Mapa Estatístico manual ou no sistema informatizado (RN, Criança, Adolescente, Adulto, Idoso, Gestante, Grupo de Risco, sexo, etc.). **\*2º etapa:** Consulta de Enfermagem pré-vacinal – Acolhimento (no acolhimento são contempladas as seguinte Necessidades Humanas Básicas (NHB): atenção; aceitação; abrigo; segurança emocional; amor), avaliação das condições vacinais de acordo com a faixa etária e situações de risco, orientações sobre as vacinas, triagem e Prescrição dos Imunobiológicos. **\* 3º etapa:** executar o procedimento da aplicação da vacina (local da aplicação, preparação e aplicação das vacinas prescritas (checklist dos 5 Certos) , rubrica e registro do lote cada frasco de vacina); **\*4º etapa:** Consulta de enfermagem Pós-Vacinal (orientações sobre os efeitos adversos que podem vir a ocorrer e orientações quanto à aplicação local de compressas frias, no caso de desconforto local, quanto ao uso de medicamentos para dor e febre que esteja acostumada a usar).



## CONCLUSÃO

Com esse método de estruturação dos Processos de Trabalho o chefe, gerente, supervisor ou mesmo o auditor conseguem ver com mais clareza as etapas envolvidas na sala de vacina. E com isso, identificar os pontos de maior fragilidade do PT, seja em relação a falta de planejamento das necessidades de recursos materiais e humanos, ou até falhas no sistema de reposição, ou mesmo na competência dos profissionais responsáveis pela sua execução das atividades / intervenções nas diversas etapas do processo de trabalho. Além disso, atender com maior qualidade às demandas da sala de vacinação. A experiência mostrou que não há necessidade de analisarmos, resolvermos ou enfrentarmos 100% dos processos, problemas ou causas do problema detectado. Obteremos resultados satisfatórios com o análise e enfrentamento de 20 a 40% deles. Isto se dá por que os processos de trabalho de uma empresa estão estruturados de forma sistêmica. Com o emprego da **SOMEPA**, associada ao **Diagrama de Causa e Efeito / 7Ms** e **5W3H**, tivemos a oportunidade testar e aplicar esta metodologia na analisar os processos de trabalho de uma instituição de saúde com resultados promissores. A **SOMEPA** utiliza como ponto de partida o diagnóstico situacional em relação a qualquer padrão de referência estabelecido e a partir daí abre uma sequência lógica que aponta para o enfrentamento das causas geradoras dos problemas e constitui-se em uma ferramenta importante na estruturação do Plano de Ação, bem como, na visualização e acompanhamento da dinâmica dos processos de trabalho da organização / empresa.

## REFERÊNCIAS

BALLALAI, I. ; BRAVO, Flavia (Org.). **Imunização: tudo o que você sempre quis saber**. Rio de Janeiro: RMCOM, 2016.

BRASIL Ministério da Saúde – **calendário nacional de imunização** , 2018. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/index.html>> Acesso em 21 jan. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde**, 2011.28p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf). Acesso em 10 dez 2018

BRASIL. **Estatuto do Idoso** - Lei 10741/03 | Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03> Acesso em 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Procedimento para Vacinação**. 1 ed. Brasília. 178 p. 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)> Acesso em 21 Jan 2019.

BROCA, PV; FERREIRA, MA. Equipe de Enfermagem e comunicação: contribuição para o cuidado de

enfermagem. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v 65,n.1 p.97-103, 2012.

CARVALHO, B.G., PEDUZZI, M., MANDÚ, E.N.T., AYRES, J.R.C.M. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre a dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 20(1), 2012.

CERQUEIRA, I.T.A.; BARBARA, J. S.. Atuação da Enfermeira na Sala de Vacinação em Unidades de Saúde ad Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s.l.], v. 40, n. 2, p.442-456, 17 set. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/734-1-15505-2-10-20170927%20(2).pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

MARINHO, A.M. Técnicas para Melhoria dos Processos de Trabalho nas Unidades de Saúde, Cap. 36, In: **Tratado de Cuidados de Enfermagem Médico- Cirúrgica**, coordenado por: FIGUEIREDO, N. M. A. et al. São Paulo: editora Roca, 2012.

MOTA, F.C.P. A teoria geral dos sistemas na teoria das organizações. **R. Adm Emp.** 11(1),17-33. jan./mar. 1971. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v11n1/v11n1a03.pdf> Acesso em 10 jan.2019.

OLIVEIRAS, V.C. et al. Supervisão de Enfermagem em Sala de Vacina: a percepção do Enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, vol. 4, N° 22, pag. 1015-1021, Out-Dez 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/18.pdf> Acesso em 21 Jan 2019

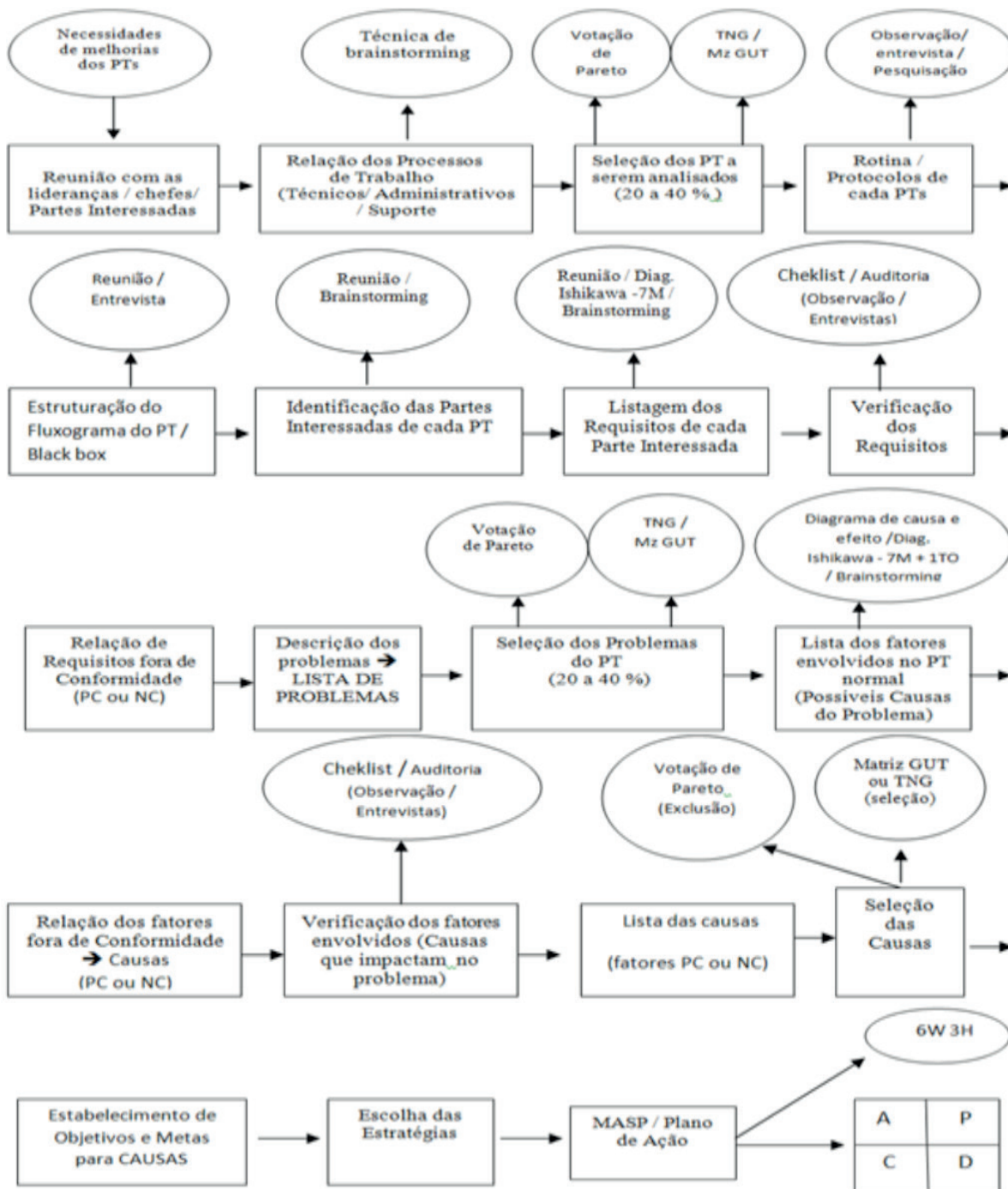
## ANEXO I ESTRUTURA DO PROCESSO DE TRABALHO: PREVENÇÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE IMUNOBOLÓGICOS

| Ordem | Procedimento  | Profissional                             | Infraestrutura  | Indicadores  | Riscos  |
|-------|---|--|---|--|---|
| 1ª    | Recepção / Orientação, Abertura da Caderneta/ Carteira / Boletim de Vacinação e Preenchimento do Mapa Estatístico manual ou no sistema informatizado. | Agente de Saúde ou Agente Administrativo | Mesa, Cadeiras, PNI, Boletim, caderneta/ carteiras de vacinação, caneta, Computador. Mapa de Dados estatísticos     | Nº de Cadernetas abertas / dia; Nº de Usuários por Grupo Etário/dia                                  | B (*)<br>Q()<br>M ()<br>E(**)<br>F-A()<br>Es(***) |
| 2ª    | CONSULTA de ENFERMAGEM - Acolhimento e Triagem (avaliação das condições do usuário); obtenção da Assinatura do TCLE e Prescr. dos Imunobiológicos.    | Enfermeira                               | Mesa, Cadeiras, PNI (finalidades, indicações e contra indicações de cada vacina), termômetro, caneta, carimbo. TCLE | Nº de Vacinas, por tipo, por grupo etário/ dia; Nº de usuários impedidos de vacinar por motivo/ dia. | B (*)<br>Q()<br>M ()<br>E(*)<br>F-A()<br>Es(**)   |

|                |   |  |  |   |   |
|----------------|---|--|--|---|---|
| 3 <sup>a</sup> | Executar o procedimento da aplicação do Imunobiológico (vacina)   | Técnico / Auxiliar de Enfermagem Supervisão da Enfermeira) | Caixa Térmica com Termômetro externo, Mapa de controle da cadeia de frios, Refrigerador com termômetro externo de estoque vacinas, bancada de preparo, Caixa de PCR, Seringas, agulhas, Algodão, álcool, Caixa de Perfurocortantes, canetas, Caderneta de Vacinação, Cadeiras, cubas rim, Lavatório, sabão líquido, papel toalha, cesto de papéis. Mapa de Controle de Imunobiológicos administrados e registro do nº dos lotes. | Nº de Vacinas, por tipo/dia; Nº de Acidentes/dia                  | B (***)<br>Q(**)<br>M (***)<br>E(*)<br>FA(*)<br>Es(***) |
| 4 <sup>a</sup> | CONSULTA de ENFERMAGEM -(orientações sobre os efeitos adversos que podem vir a ocorrer e intervenções a serem tomadas). | Enfermeira   | Mesa, Cadeiras, PNI (indicações e contra indicações de cada vacina, Via, Orientação para Eventos Adversos Pós Vacina (EAPV), Folha de Prescrição, Atestado de comparecimento, caneta, carimbo. TCLE; Folders de Orientações para EAPVs   | Nº de Erros na adm. de Vacinas/dia; Nº de Usuários orientados/dia | B (*)<br>Q() //M()<br>E(**)<br>F-A()<br>Es(**)          |

Nota: Sobre Riscos- ( ) sem risco; (\*) risco mínimo; (\*\*) risco médio; (\*\*\*) risco elevado

**ANEXO II - FLUXO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA METODOLOGIA SOMEPA (BLACK BOX)**



## ADESÃO AO USO DO PRESERVATIVO MASCULINO POR ACADÊMICOS HOMENS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PRIVADA DA REGIÃO SUL DO PAÍS

Data de aceite: 19/12/2019

### Candice da Silva Flores

Autora. Enfermeira. Especializanda no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia da UFN. E-mail: candicesf@yahoo.com.br

### Herton Gilvan Caminha Goerch

Coautor. Matemático. Mestre em Ensino de Física e Matemática. Professor da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA. UNIFRA. E-mail: herton.goerch@fisma.com.br

**RESUMO:** O presente trabalho é um estudo de campo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, tendo por objetivo descrever a adesão ao uso do preservativo masculino por acadêmicos homens dos cursos de Administração e Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior privada da região Sul do país. 88,46% responderam que utilizam preservativos masculinos e femininos em suas relações para evitar Infecções Sexualmente Transmissíveis. Pelas respostas obtidas ao finalizar a parte de análise e discussão dos dados foi possível evidenciar que a maioria dos acadêmicos homens desta instituição adere ao uso do preservativo masculino em suas relações sexuais, porém, deixam de utilizar o mesmo quando estão em relacionamentos

estáveis, o que também não difere de outros estudos de mesmo tema. Deve-se ampliar essas discussões à nível acadêmico de forma que o uso e a adesão ao preservativo sejam cada vez mais frequentes nesse público e na comunidade em geral.

**PALAVRAS-CHAVE:** Preservativo; Camisinha; Enfermagem; Saúde do Homem

### 1 | INTRODUÇÃO

Muitos homens poderiam evitar maiores agravos em sua saúde se procurassem realizar medidas primárias de prevenção. Atualmente é reconhecido que os mesmos adentram ao sistema de saúde através da atenção especializada, por meio de alguma enfermidade mais grave que poderia ter sido evitada se fosse diagnosticada precocemente. Estudos comprovam que, em comparação com as mulheres, “os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres”. O que evidencia o quanto os homens não procuram os serviços de atenção básica aumentando, dessa forma, as taxas de morbimortalidade desse gênero (BRASIL, 2008, p. 05).

Ao longo dos anos, disseminou-se a ideia



de que as políticas públicas em saúde são destinadas a populações específicas, entre elas, as mulheres, os idosos, as crianças e adolescentes, sendo que elas devem ser, na realidade, um serviço de saúde de qualidade para todos (CASARIN, SIQUEIRA, 2014). Por esses serviços privilegiarem ações de saúde para tais populações, os homens continuam com o pensamento ilógico de rejeitarem a perspectiva de adoecerem, acrescidos da dificuldade de discernir suas necessidades (BRASIL, 2008).

Dessa forma, de acordo com Casarin e Siqueira (2014), incluir a população masculina nas ações de saúde é um dos grandes desafios para todos os envolvidos nos serviços de saúde do Brasil. Em agosto de 2008, para suprir a necessidade de ter uma política que atenda as demandas da população masculina nas ações e serviços de saúde, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), “que trata, especificamente, da saúde do homem” e “[...] objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina com integralidade e equidade primando pela humanização da atenção” (CASARIN, SIQUEIRA, 2014, p. 663).

De acordo com as mesmas autoras, necessita-se de uma melhor organização dos serviços públicos de saúde para acolher esse público específico e fazer com que o homem se sinta parte integrante do serviço. Medidas preventivas devem ser adotadas em conjunto com outras políticas públicas de saúde existentes para receber essa demanda e tornar a atenção primária realmente a porta de entrada do Sistema Único de Saúde – SUS. Conforme a Constituição Brasileira, em seu artigo 196, a saúde é um dever do Estado e um direito de todo o cidadão brasileiro (BRASIL, 1988).

Pensando nisso, o Ministério da Saúde – (MS), através da PNAISH visa estimular o autocuidado e assegurar que o homem brasileiro tenha ações e estratégias de atenção integral a sua saúde, possibilitando a redução da morbimortalidade e o consequente aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2008). Aliado a isso, antes mesmo de formular esta política, o governo federal, através do MS, em toda sua rede pública de saúde, distribui gratuitamente preservativos, sendo o Brasil o “país que mais compra e distribui camisinhas no mundo”. Além disso, também distribui gratuitamente testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C que podem ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA’s (BRASIL, 2015).

De acordo com Alves (2016), numa pesquisa realizada no ano de 2013, no Brasil, com mais de 2 mil participantes, 52% dos entrevistados nunca/raramente utilizam preservativos, 10% utilizam às vezes e apenas 37% utilizam sempre/frequentemente. Os números não modificam muito em relação à outra pesquisa realizada no mesmo ano, envolvendo 12 mil pessoas, com idades entre 15 e 63 anos,

encomendada pelo Ministério da Saúde. Nesta, 45% dos entrevistados declararam não terem usado o preservativo neste ano de 2013 e que 94% dos mesmos sabem que o preservativo é meio mais seguro de evitar as IST's (O GLOBO, 2016).

Como experiência pessoal da pesquisadora, durante sua trajetória acadêmica, o presente tema causou certa inquietação ao constatar, principalmente nas aulas práticas realizadas na Atenção Básica, nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e nas Estratégias de Saúde da Família – ESF, junto à percepção dos profissionais lotados nestes locais, o grande aumento dos casos de IST's, particularmente do Vírus da Imunodeficiência Humana ou HIV – *Human Immunodeficiency Virus*, Hepatites B e C, Sífilis e, conseqüentemente, Sífilis Congênita.

Ao presenciar toda essa problemática, percebeu-se a necessidade de buscar novos conhecimentos tanto para a própria qualificação profissional quanto para contribuir com o trabalho dentro dessas instituições, além de ratificar a necessidade da implantação da PNAISH, em conjunto com outras políticas, nesses ambientes afim de atingir toda a população brasileira: homens, mulheres, adolescentes, idosos, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros, intersexo e outras identidades – LGBTI.

Em virtude da relevância do tema, justifica-se a realização deste trabalho, devido à necessidade de o enfermeiro estar preparado para atuar na orientação da utilização de preservativos não somente para métodos contraceptivos, mas principalmente como prevenção das IST's. O presente estudo tem por objetivo **descrever a adesão ao uso do preservativo masculino por acadêmicos homens de uma Instituição de Ensino Superior privada da região Sul do país.**

## 2 | REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Implementando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH

A saúde da população masculina ganhou mais enfoque devido à baixa procura desses indivíduos aos serviços básicos de saúde, além dos altos números que envolvem a morbimortalidade de homens no Brasil (XAVIER, et al., 2015). O Programa Mais Saúde, de 2008, formulado pelo governo do Brasil contemplava 73 medidas mais 165 metas, das quais uma delas era a “implementação de ações voltadas para a atenção à Saúde do Homem”, criada em 2008 pelo Ministério da Saúde, mas lançada oficialmente somente em 2009 (LEAL, FIGUEIREDO, SILVA, 2012).

De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde dos Homens – CNSH/ DAPES/SAS/MS, responsável pela implementação da PNAISH, para promover a melhoria da saúde do homem adulto, que corresponde aos indivíduos masculinos

entre 20 e 59 anos, em todo o território nacional, desenvolveu-se esta política através de cinco eixos temáticos, que são: Acesso e Acolhimento, Saúde Sexual e Reprodutiva, Paternidade e Cuidado, Doenças Prevalentes na População Masculina e Prevenção de Violência e Acidentes, sendo que o eixo temático Saúde Sexual e Reprodutiva tem por definição buscar sensibilizar todos os envolvidos para admitir os homens como pessoas que também possuem direitos sexuais e reprodutivos e, como tais, devem estar cientes das ações e estratégias idealizadas nesta área (BRASIL, 2014).

Segundo Xavier, et al. (2015), apesar da implementação de todas essas políticas pelo MS, os índices demonstram que os homens ainda não acessam os serviços básicos de saúde e nem promovem seu autocuidado, quando comparados com as mulheres. Ações de promoção e prevenção de doenças à população masculina devem estar aliadas a compreensão dos mesmos sobre o processo saúde-doença, uma vez que cada pessoa tem seu próprio entendimento quanto a certos conceitos.

## **2.2 O Uso do Preservativo como Dispositivo de Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e Contracepção**

O primeiro preservativo masculino deve sua criação aos chineses, que o confeccionaram com papel de seda untado em óleo. Relatos históricos datam de 1600 a.C., de Creta, o qual era usado na forma de bexiga natatória de peixe, utilizado pelo Rei Minos. Os egípcios também o utilizavam, como foi observado em algumas tumbas de Karnak (SILVA, LOPES, MUNIZ, 2002).

Em meados do século XVII, era denominado condom e confeccionado em linho. Já em 1843 passou-se a utilizar a borracha em sua confecção, mas segundo Santos, et al, (2016, p.61) era considerado “pouco aderente, de preço elevado e anti-higiênica devido à reutilização”. Somente em 1990, com a descoberta do látex, de “textura maleável, maior aderência, confortável e descartável” que o preservativo se tornou o dispositivo anticonceptivo de maior escolha das populações e para evitar IST's (SANTOS, et al., p.61, 2016).

Além do preservativo masculino, na idade média, aliou-se seu uso a alquimia que eram porções criadas pelos alquimistas em forma de poções onde utilizavam, por exemplo, “urina de cordeiro, pós de testículos de touro torrados e outras receitas” em misturas contraceptivas. Um artesão criou um dispositivo a partir de uma porção do intestino de carneiros, o qual era costurado em uma de suas extremidades, e na outra deixava-se a bainha aberta, tornando uma idealização do que hoje é processado e comercializado (SILVA, LOPES, MUNIZ, 2002).

Dourado, et al. (2015), analisou em seus estudos que existem diversos fatores associados ao uso da camisinha entre distintos grupos populacionais. Em relação à

população em geral, os dados indicam que o uso regular da camisinha está associado ao fato de ser homem, ter idade entre 15 e 24 anos, ter recebido preservativos gratuitos e não possuir parceira fixa. No que se refere à religião, os brasileiros não vinculados a qualquer crença religiosa, possuem maior aquiescência ao uso do preservativo, enquanto que entre os evangélicos existe uma maior adesão por parte dos estudantes católicos do que os de outras afiliações evangélicas.

Em outra pesquisa realizada no Brasil, entre caminhoneiros e a população geral, revela que os homens tendem a abandonar o uso de preservativos quando constituem relação fixa com suas parceiras, denotando que a confiança é determinante para o uso do preservativo (FARIA, et al., 2015).

A confiança nas parceiras fixas favorece o não uso de preservativos, sendo que esse dado foi presente em todos os estudos referidos, independentemente de ser a esposa ou outras mulheres, demonstrando o quanto a mulher é vulnerável às IST's e outras infecções.

### 3 | METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo de campo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa retirado da monografia apresentada à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, como requisito para obtenção do grau de Bacharel de Enfermagem. Teve como finalidade descrever aspectos acerca da adesão ao uso do preservativo masculino pelos acadêmicos homens de uma Instituição de Ensino Superior privada da região Sul do país, utilizando como método a análise estatística.

A pesquisa científica quantitativa identifica informações de ordem numérica, de forma que o pesquisador procura “*classificar, ordenar ou medir as variáveis*” para exibir dados estatísticos, confrontar grupos, determinar associações de maneira generalizada, onde qualquer pessoa possa entender, com uma pequena margem de erro, o resultado da pesquisa (VIEIRA, 2009, p.5).

O método quantitativo representa, de certa forma, a garantia da precisão dos resultados de maneira a evitar interferência na análise e interpretação desses dados promovendo uma ampla margem de segurança (RICHARDSON, et al., 2012).

Conforme Gil (2008), os estudos de campo procuram aprofundar as questões propostas através de um planejamento flexível, mesmo que com isso o objetivo seja reformulado. Além disso, utiliza-se um único grupo ou comunidade de forma a ressaltar sua interação e/ou estrutura. Além disso, as pesquisas descritivas estudam as características de determinado grupo ou comunidade delimitando novas visões de um mesmo problema. Aliadas, estas pesquisas ajudam a solucionar questões práticas.

O local da pesquisa foi a Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), a qual

é uma Instituição de Ensino Superior, privada e com fins lucrativos que foi fundada na cidade de Santa Maria/RS em 10 de abril de 1997 (SACCOL, et al, 2014). A cidade é Santa Maria, município pertencente a Unidade Federativa do Rio Grande do Sul desde 17 de maio de 1858 (RECHIA, 2009).

Os participantes do estudo foram os acadêmicos homens devidamente matriculados nos cursos de Administração e Enfermagem da FISMA. Sabe-se que no segundo semestre de 2016 haviam 796 alunos matriculados, entre homens e mulheres, de acordo com cada curso, sendo 237 na Administração e 559 na Enfermagem (CPA FISMA, 2017).

A população total da pesquisa foi composta por todos os acadêmicos homens devidamente matriculados nos cursos de graduação em Administração e Enfermagem da FISMA, nos turnos diurno e noturno. A amostra utilizada foi proporcional ao número da população de cada curso e sua determinação obedeceu aos cálculos estatísticos, onde se utilizou um nível de confiança de 95% e com taxa de erro de até 5%, ambos baseados na seguinte fórmula estatística:  $n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot e}{P}$ , onde “n” é o tamanho da amostra de cada curso, “N” é a população, “Z” é variável normal padronizada associada ao nível de confiança, “P” é a verdadeira probabilidade do evento e “e” o erro amostral (CALLEGARI-JACQUES, 2008).

De acordo com a Secretaria Geral da IES, o número de acadêmicos homens matriculados no segundo semestre do ano de 2017 nos cursos de graduação em Administração e Enfermagem era 73 e 121, respectivamente. O que nos deu uma população de 194 acadêmicos homens devidamente matriculados nos respectivos cursos. Utilizando-se da fórmula estatística anteriormente proposta, chegou-se a amostras individuais de acadêmicos homens matriculados nos dois cursos, sendo 39 do curso de Administração e 65 do curso de Enfermagem. Desta forma, o número da amostra para a população anteriormente descrita foi de 104 acadêmicos homens que foram entrevistados.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário previamente formulado pela acadêmica autora da presente pesquisa. Os dados foram coletados somente após a aprovação da pesquisa em todas as instâncias competentes, incluindo o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSM em 09/05/2018, com o número de registro CAAE 85198118.4.0000.5346. A aplicação dos questionários ocorreu no mês de maio de 2018, durante as aulas. Para isso foi solicitado previamente uma autorização da coordenação de cada curso e também a autorização do professor que estava ministrando a aula no momento da coleta.

#### **4 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Para facilitar a discussão dos resultados, foram criadas 03 categorias de acordo

com a disposição que os dados foram inseridos nas tabelas: Perfil Socioeconômico dos Participantes; Perfil Comportamental dos Participantes; Atitude do Participante Frente ao Uso do Preservativo.

#### 4.1 Perfil Socioeconômico dos Participantes

A partir dos dados analisados, foi possível identificar que, em relação aos dados socioeconômicos, a maioria dos acadêmicos de ambos os cursos de graduação respondeu à pergunta sobre gênero ou orientação sexual marcando a resposta “Masculino”, com 90,34% dos entrevistados.

Em relação a seu estado civil, mais da metade dos participantes, 59 acadêmicos, marcou a opção “Solteiro”, ou seja, 56,73%. Esse número se repete na questão que fala sobre sua religião, pois a mesma quantidade respondeu que são católicos, ou seja, 56,73% dos acadêmicos envolvidos na pesquisa, evidenciando uma característica de particularidade na pesquisa.

Na pergunta sobre etnia, a maioria dos acadêmicos marcou a resposta “Branca”, perfazendo um valor total de 79 participantes (75,96%), o que não difere muito dos números levantados no resto do Brasil. Em pesquisa realizada em 2014, os estudantes de IES, com idades entre 18 e 24 anos e etnia branca representavam um total de 71,4%, mas esse número vem aumentando a cada ano (LISBOA, 2015).

Porém o mesmo não se repete quando se analisa a renda familiar dos participantes. A mesma pesquisa de 2014 mostra que 36,4% dos estudantes do ensino superior têm renda acima de 8 salários mínimos (LISBOA, 2015). Na pergunta sobre a renda familiar dos participantes desta pesquisa, apenas 2 acadêmicos (1,92%) marcaram a opção condizente à renda familiar acima de 8 salários mínimos, ficando a maioria, 64 acadêmicos (61,54%), com a opção condizente com a renda familiar entre 1 a 4 salários mínimos federais. Fica evidenciado na pesquisa um perfil sócio econômico dos acadêmicos da instituição.

Quanto à profissão dos participantes, pode-se perceber que existe uma tendência entre alguns em buscar o aperfeiçoamento profissional, pois 14 acadêmicos (35,91%) do curso de Administração já trabalham em alguma área administrativa, enquanto que 24 acadêmicos do curso de Enfermagem (36,92%) já são Técnicos de Enfermagem.

Segunda pesquisa realizada no Brasil, 70% dos estudantes universitários trabalham (CARTA CAPITAL, 2012), o que demonstra que esse dado não difere do que foi encontrado nesta pesquisa, a qual demonstra que 76% dos participantes trabalha ou exerce alguma atividade remunerada.

Outro dado relevante encontrado nesta pesquisa, foi o número de acadêmicos que se dedicam somente ao estudo. Dos 104 participantes, 21 (20,19%) são somente



estudantes, enquanto que, no Brasil, no ano de 2016, este número chegou à 25,8% representando 11,6 milhões de pessoas na faixa etária de 16 a 29 anos (SILVEIRA, 2017).

#### 4.2 Perfil Comportamental dos Participantes

Sobre a questão que fala sobre “Como você se sente ao falar de sexo?”, 72 participantes (69,23%) responderam que se sentem “à vontade” ou “muito à vontade” em falar sobre esse tema, 15 se sentem “neutros” ou “envergonhados” e somente 1 se sente “muito envergonhado”.

Um padrão parecido pôde ser observado na pergunta “De que forma você utiliza o preservativo masculino com seu parceiro ocasional?”, onde 67 participantes (64,42%) responderam que “Sempre” e “Após realizados exames de IST’s por ambos”. E somente 12 participantes (11,54%) responderam que “Nunca” utilizam o preservativo masculino.

Quanto à iniciação sexual, de acordo com esse estudo a maioria dos participantes, 46 (44,12%), respondeu que teve sua iniciação sexual entre 15 e 16 anos, o que está de acordo com os dados levantados pelos Ministérios da Saúde e da Educação que concordam que a idade média de iniciação sexual dos meninos, no Brasil, está entre os 15 e 16 anos (MULLER, 2014).

Conforme os cálculos de alguns especialistas, 3,5% da população de homens que se dizem “heterossexuais”, nos Estados Unidos, fazem sexo com outros homens e com mulheres (BARGUEÑO, 2015). Ao realizar-se o presente estudo, pode-se avaliar que na pergunta “Você se relaciona sexualmente com?”, onde as respostas eram “Homens”, “Mulheres”, “Homens e Mulheres”, 4 participantes (3,85%), responderam que fazem sexo com homens e mulheres, o que não difere muito do percentual da outra pesquisa.

Outro dado interessante foi que, nesta mesma pergunta, 88 (84,65%) dos participantes responderam que fazem sexo com mulheres e quase o mesmo número, 89 acadêmicos (85,58%), responderam que fazem uso do preservativo masculino em suas relações sexuais.

Segundo Cancian (2015), 12,5% dos brasileiros afirmam ter mais de cinco parceiros sexuais por ano. Na pesquisa atual, este número fica próximo, sendo 12 acadêmicos (11,52%) que responderam que tiveram mais de cinco parceiros sexuais durante os últimos doze meses.

Na mesma pergunta, 59 acadêmicos (56,73%) responderam que tiveram somente um parceiro ao longo dos últimos 12 meses equivalendo à quase os 62 (59,62%) acadêmicos que responderam que “Não” à pergunta “Você já teve algum relacionamento fora do casamento ou do namoro firme?”.

De acordo com Alves (2016), 52% dos brasileiros nunca ou raramente usam preservativos em suas relações sexuais. Neste estudo, os dados ficaram diferente da média brasileira, sendo que 46 (44,23%) dos acadêmicos responderam que “Nunca”, “Quase Nunca” ou “Às vezes” utilizam o preservativo masculino em suas relações sexuais e 57 (54,81%) dos participantes responderam que “Quase sempre” e “Sempre” utilizam o preservativo masculino.

De acordo com o Ministério da Saúde, o uso do preservativo ainda é considerado o método mais eficaz de se proteger das IST's e de evitar uma gravidez não desejada, porém, mesmo 94% dos brasileiros terem esse conhecimento, 45% da população ativa sexualmente não faz uso do preservativo (BRASIL, 2015).

Da mesma forma, um padrão parecido ocorre com os participantes deste presente estudo, pois na pergunta “O que você faz para evitar Infecções Sexualmente Transmissíveis?”, 92 acadêmicos (88,46%) responderam que utilizam preservativos masculinos e femininos em suas relações.

Além disso, 100 participantes (96,16%) responderam à pergunta “De que forma você adquire o preservativo masculino?” com as respostas “Compra”, “Serviços públicos de saúde”, “FISMA”, “Amigo” e “Outro”, sendo que muitas das respostas tiveram mais de uma escolha, comprovando que além de comprarem também adquirem de outras formas.

Porém, ao analisar-se as mesmas duas perguntas anteriores, “O que você faz para evitar Infecções Sexualmente Transmissíveis?”, com a resposta “Usa preservativo masculino”, com 89 (85,58%) dos participantes; e “De que forma você adquire o preservativo masculino?”, com a resposta “Compra”, que teve 86 (74,78%) dos participantes, obtêm-se um padrão parecido com a pesquisa de 2015 realizada no Brasil.

O que também sugere que a maioria dos acadêmicos homens sabem como evitar as IST's com o uso do preservativo, mas 57 (54,81%) desses mesmos acadêmicos responderam à pergunta “Você usa preservativo masculino (camisinha) em suas relações sexuais?” com as respostas “Quase sempre” e “Sempre”. O que evidencia que, apesar de terem o conhecimento, deixam de utilizar o preservativo em suas relações sexuais.

#### **4.3 Atitude do Participante Frente ao Uso do Preservativo:**

De acordo com Veroni, Toledo e Araújo (2018), o preservativo é o método contraceptivo mais barato, mais seguro e de fácil acesso além de evitar o contágio das IST's. Ainda conta com a versão masculina de látex ou de outro material antialérgico e com a versão feminina que são fabricados com poliuretano ou borracha nitrílica. Apesar de toda essa preocupação em fabricar produtos mais eficientes,

com materiais que cada vez protegem mais e não causam tanto incômodo e nem alergias, o Brasil registra uma média anual de 40 mil casos novos de Aids e um aumento significativo de Sífilis Adquirida, ambas transmitidas sexualmente.

Quando perguntados aos participantes do presente estudo “Para você, quem deve levar o preservativo?”, 97 (93,27%) dos acadêmicos responderam “Ambos” e “Você”, o que se reflete em outras questões. Pois, na pergunta “Se seu parceiro ocasional esquece de levar o preservativo, o que você faz?”, a maioria dos participantes, 65 (62,50%), responderam que “Insiste com o (a) parceiro (a) para que compre o preservativo e recusa ter relação sexual sem o mesmo”.

Uma proporção aproximada é vista também na pergunta “Você deixaria de utilizar o preservativo para agradar seu parceiro?”, onde 62 (59,62%) participantes responderam que “Não” e na pergunta “Quando um amigo (a) diz que o preservativo atrapalha na relação sexual você considera isso?”, 64 (61,54%) participantes marcaram as repostas “Uma forma de justificar o não uso” ou “Não concorda”.

O que demonstra que esses dados não diferem muito do que vem sendo publicado nos últimos anos, pois em outra pesquisa realizada durante o carnaval de 2013, na cidade do Rio de Janeiro, ao ser realizada a pergunta “Você deixaria de utilizar o preservativo para agradar seu parceiro?”, 64,3% dos homens entrevistados responderam que “Não” e na pergunta “Quando um amigo (a) diz que o preservativo atrapalha na relação sexual você considera isso?”, 66,9% dos homens entrevistados marcaram as opções “Uma forma de justificar o não uso” ou “Não concorda” (FRANSCISCO, et al, 2016).

O que ocorre também na pergunta “No caso de seu/sua parceiro (a) se recusar a utilizar o preservativo, o que você faz?”, no presente estudo 46 (44,23%) acadêmicos responderam “Recusa-se a ter relação”, enquanto que na pesquisa realizada em 2013, de autoria de Francisco, et al. (2016), a mesma pergunta foi utilizada e 41,2% dos participantes homens responderam a mesma sentença, ou seja, “Recusa-se a ter relação”.

Na pesquisa realizada por Francisco, et al. (2016), durante o Carnaval de 2013, da cidade do Rio de Janeiro, ficou identificado que o maior motivo, entre as mulheres, do não uso do preservativo é a negativa do parceiro. O que também ficou evidenciado no presente estudo, pois, de acordo com a pergunta “Qual o motivo que levaria você à não adesão ao uso do preservativo masculino?”, a maioria dos participantes, 62 (59,62%) responderam “Confiança no parceiro”, e 13 (12,50%) “Diminuição do prazer sexual”. Os quais perfazem juntos, 75 (72,12%) acadêmicos de ambos os cursos.

## 5 | CONCLUSÕES

Em todos os momentos durante a realização deste estudo, ficou evidente a importância do uso do preservativo para o controle da natalidade e para a prevenção de IST's. Ficou evidente também que, independentemente de sua aquisição, seja gratuita, seja comprada, os testes de qualidade que estes produtos sofrem, demonstram que os mesmos são eficientes em seu propósito.

Os resultados obtidos neste estudo não diferem muito dos resultados encontrados em outras pesquisas formuladas ao longo dos últimos cinco anos. Ou seja, que as pessoas conhecem o preservativo, sabem para o que se destinam, mas deixam de utilizá-lo, principalmente quando desenvolvem uma relação mais duradoura com outro parceiro.

Pelas respostas obtidas ao finalizar a parte de análise e discussão dos dados foi possível evidenciar que a maioria dos acadêmicos homens desta IES adere ao uso do preservativo masculino em suas relações sexuais, porém, deixam de utilizar o mesmo quando estão em relacionamentos estáveis, o que também não difere de outros estudos de mesmo tema.

O enfermeiro, como detentor de informações relevantes à saúde da população e formador de opinião, deve estar atento a este quadro, levando cada vez mais informações acerca de IST's e controle de natalidade em qualquer espaço que se oportunize essa temática. Deve-se ampliar essas discussões à nível acadêmico de forma que o uso e a adesão ao preservativo sejam cada vez mais frequentes nesse público e na comunidade em geral. O presente estudo reafirmou a necessidade de se realizar mais pesquisas neste contexto com a comunidade acadêmica, devido à relevância das informações obtidas e à necessidade de se realizar mais pesquisas sobre a temática.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Joana. **Mais da metade dos brasileiros não usa camisinha, mostra pesquisa**. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/bem-estar/mais-da-metade-dos-brasileiros-nao-usa-caminsinha-mostra-pesquisa/>>. Acesso em 15 de setembro de 2017 e 10 de junho de 2018.

BARGUEÑO, Miguel. **Por que os homens “heteros” fazem sexo com outros homens?**. Disponível em: <[https://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/24/sociedad/1440425476\\_656178.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/24/sociedad/1440425476_656178.html)>. Acesso em 09 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do Homem. **Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem – PNAISH**. Disponível em <<http://portalsms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-homem/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-do-homem-pnaish>>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portal da Saúde. **Coordenação Nacional de Saúde do Homem – CNSH**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/804-sas-raiz/daet-raiz/saude-do-homem>>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. Cidadania e Justiça. **Uso de Camisinha é o Meio mais Eficaz de Prevenção Contra o HIV**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/uso-de-camisinha-e-o-meio-mais-eficaz-de-prevencao-contra-contagio-do-hiv>>. Acesso em 05 de junho de 2017 e em 09 de junho de 2018.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em 08 de junho de 2017.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: **Artmed**, 2003, Reimpressão: 2008, 255p.

CANCIAN, Natália. **Quase 50% dos brasileiros relatam mais de dez parceiros sexuais na vida**. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/01/1582001-quase-50-dos-brasileiros-relatam-mais-de-dez-parceiros-sexuais-na-vida.shtml>>. Acesso em 10 de junho de 2018.

CARTA CAPITAL. Redação. **70% dos estudantes universitários do Brasil trabalham, diz estudo**. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/universitarios-brasileiros-assumem-perfil-independente-e-empresario-diz-estudo>>. Acesso em 9 de junho de 2018.

CASARIN, Sidneia; SIQUEIRA, Hedi. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, vol. 18, n. 4, p. 662-68, Out./Dez., 2014.

CPA FISMA, 2017. Comissão Própria de Avaliação da FISMA. **Relatório Parcial de Autoavaliação Institucional da FISMA Ano 2016**. Disponível em: <<http://www.fisma.edu.br/Cpa/Documentos/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20CPA2016.pdf>>. Acesso em 30 de setembro de 2017.

DOURADO, Inês; et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 18, suppl. 1, p. 63-88, Set., 2015.

FARIA, Krisna; et al. Comportamentos de risco quanto ao Vírus da Imunodeficiência Humana entre caminhoneiros. **Revista de Enfermagem da UERJ**, vol. 23, n. 1, p. 27-32, Jan./Fev., 2015.

FISMA. Faculdade Integrada de Santa Maria. Autorização. Disponível em: <<http://www.fisma.edu.br/Gradua%C3%A7%C3%A3o/Tecnologia%20em%20Gest%C3%A3o%20Comercial/Documentos/Autoriza%C3%A7%C3%A3o%20Gest%C3%A3o%20Comercial.pdf>>. Acesso em 30 de setembro de 2017.

FRANCISCO, Márcio; et al. O uso do preservativo entre os participantes do Carnaval – perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, vol. 20, n. 1, p. 106-113, Jan./Mar., 2016.

FURASTE, Pedro. Normas técnicas para o trabalho científico. 18ª ed., Porto Alegre: **Furaste**, 2016, 230p.

GIL, Antônio. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed., São Paulo: **Atlas**, 2008.

LEAL, Andréa; FIGUEIREDO, Wagner; SILVA, Geórgia. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 10, out.,

2012.

LISBOA, Vinícius. **Número de estudantes no ensino superior aumenta; maioria ainda é branca e rica.** Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-12/ensino-superior-avanca-25-pontos-percentuais-entre-jovens-estudantes-em-10>>. Acesso em 06 de junho de 2018.

MULLER, Laura. **O adolescente e a iniciação.** Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/o-adolescente-a-iniciacao-13924234>>. Acesso em 09 de junho de 2018.

O GLOBO. **Camisinha: 45% dos brasileiros não a usam.** Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/camisinha-45-dos-brasileiros-nao-usam-15181153>>. Acesso em 15 de setembro de 2017.

RECHIA, Aristilda. **Origem Histórica de Santa Maria.** Disponível em: <<http://santamaria-rs-brasil.blogspot.com.br/2009/08/origem-historia-de-santa-maria.html>>. Acesso em 25 de julho de 2017.

RICHARDSON, Roberto; et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3ª ed., São Paulo: Atlas, 2012.

SACCOL, Ailo; et al. **Projeto Pedagógico Institucional 2014-2018.** Disponível em: <[http://fisma.edu.br/Documentos/Projetos/PROJETO%20PPI\\_FISMA.pdf](http://fisma.edu.br/Documentos/Projetos/PROJETO%20PPI_FISMA.pdf)>. Acesso em 25 de julho de 2017.

SANTOS, Camila. Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. Vitória: **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, vol.18, n.2, p.60-70, abr./jun., 2016.

SILVA, Andréa; LOPES, Creso; MUNIZ, Pascoal. Blitz do preservativo masculino e feminino: porte, acondicionamento e uso. Rio de Janeiro: **DST – Jornal brasileiro de doenças transmissíveis**, vol.14, n.6, p.22-32, 2002.

SILVEIRA, Daniel. **Número de jovens que não estudam nem trabalham atinge 25,8% do total em 2016, diz IBGE.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/numero-de-jovens-que-nao-estudam-nem-trabalham-cresce-20-em-4-anos-e-chega-a-258-em-2016-diz-ibge.ghtml>>. Acesso em 09 de junho de 2018.

VERONI, Wander; TOLEDO, Penélope; ARAUJO, Gabrielle. **#Curiosidade: você sabe qual é a importância da camisinha para um sexo seguro?** Disponível em: <<http://blog.saude.mg.gov.br/2018/02/10/curiosidade-voce-sabe-qual-e-a-importancia-da-camisinha-para-um-sexo-seguro/>>. Acesso em 10 de junho de 2018.

VIEIRA, Sonia. **Como elaborar questionários.** São Paulo: Atlas, 2009.

XAVIER, Sheila, et al. Concepção de saúde e autocuidado pela população masculina de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Enfermería Global**, n. 40, p. 55-65, Out., 2015.



# CAPÍTULO 4

## APLICABILIDADE DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE EM PACIENTES DO PROGRAMA HIPERDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 19/12/2019

Data de submissão: 14/10/2019

### **Laís Souza dos Santos Farias**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0002-0855-082X

### **Geovana dos Santos Vianna**

Universidade Estadual de Santa Cruz  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0002-7410-6612

### **Priscila das Neves Miranda**

Universidade Estadual de Santa Cruz  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0003-2375-6217

### **Thaís Lima Ferreira**

Universidade Estadual de Santa Cruz  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0002-3520-8552

### **Roseanne Montargil Rocha**

Universidade Estadual de Santa Cruz  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0001-5766-413X

### **Isabella Ramos dos Santos**

Universidade Estadual de Santa Cruz  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0002-1605-4703

### **Fernanda Alves Barbosa**

Universidade Estadual de Santa Cruz  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0002-2778-2634

### **João Pedro Neves Pessoa**

Universidade Estadual de Santa Cruz  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0001-5630-962X

### **Ana Carolina Santana Cardoso**

Universidade Estadual de Santa Cruz  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0002-8631-6721

### **Emanuela Cardoso da Silva**

Universidade Estadual de Santa Cruz  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0002-3246-1691

### **Tércia Oliveira Coelho**

Universidade Estadual de Santa Cruz  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus- Bahia  
0000-0001-8412-1018

**RESUMO:** O objetivo do estudo é relatar uma ação educativa acerca da aplicabilidade das práticas integrativas e complementares em saúde nos pacientes com diabetes e hipertensão. Trata-se de um relato de experiência, de uma feira de saúde realizada em novembro de 2017 em uma Unidade de Saúde da Família, localizada na cidade de Itabuna, no sul da Bahia. Participaram da feira os usuários do serviço de saúde cadastrados no programa HIPERDIA, equipe multiprofissional da unidade de saúde, discentes e docentes do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz. Observou-se que a ação proporcionou conhecimentos acerca das práticas integrativas e complementares aos pacientes com diabetes e hipertensão; verificou-se mudança no estado emocional das pessoas contempladas pela ação, que demonstraram estado de relaxamento, tranquilidade e plenitude emocional após a aplicação das PICS. Entretanto, foram observadas algumas limitações tais como o curto tempo disponível para aplicação das mesmas, tendo em vista a grande demanda de pessoas que havia no local; além do incômodo de algumas em relação à presença da vela aromática e incensos, devido ao aspecto religioso, reafirmando o desconhecimento relacionado aos efeitos terapêuticos dos artigos utilizados. Embora tenham sido evidenciados pontos negativos, eles podem ser sanados caso seja implantado o uso dessas práticas na rotina das unidades de saúde, podendo atender a todos com um tempo mais apropriado e proporcionando mais conhecimento à população a respeito das mesmas, desmistificando assim, qualquer possível relação que possam fazer com alguma religião, reconhecendo assim, as suas finalidades e benefícios terapêuticos.

**PALAVRAS-CHAVE:** práticas integrativas e complementares, diabetes mellitus, hipertensão arterial.

#### APPLICABILITY OF INTEGRATIVE AND ADDITIONAL HEALTH PRACTICES IN HYPERDIA PATIENTS: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** The aim of the study was to report an educational action and the different ways of applying some integrative and complementary health practices in patients with diabetes and hypertension enrolled in the HIPERDIA program. This is an experience report of a health fair held in November 2017 in a Family Health Unit, located in the city of Itabuna, in southern Bahia. The fair was attended by users registered in the HIPERDIA program, nurses from the unit, students and teachers of the nursing course at Santa Cruz State University. It was observed that the action provided knowledge about integrative and complementary practices to patients with diabetes and hypertension, in addition to the significant effectiveness of music therapy, which provided, among other benefits, restoration and emotional balance to patients. There were also some negative points

as the short time available for the action, given the great demand of people who had the place and the subjectivity of some in relation to religiosity and discomfort to realize the presence of aromatic candle and incense lit. It was found that the action allowed, in addition to knowledge about PICS, relaxation, restoration and emotional balance to users, so that they could understand the benefits that these practices represent for the treatment of chronic diseases such as diabetes and hypertension.

**KEYWORDS:** integrative and complementary practices, diabetes mellitus, arterial hypertension.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi aprovada através das portarias nº 971 de 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, com a finalidade primordial de atender os critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em desenvolver políticas que possuam na sua essência elementos como: acessibilidade, eficácia, qualificação e segurança (BRASIL, 2006). Porém, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) já estavam sendo implementadas desde 2004 com a definição da Lei Municipal de São Paulo 13.717, em forma de cuidado integral e holístico, o qual visa a prevenção de doenças e promoção da saúde através de práticas naturais e não farmacológicas à população vigente (GNATTA et al., 2011).

Estas práticas podem ser classificadas tanto como complementares, quando associadas à técnica tradicional biomédica, quanto como integrais, quando utilizadas de forma exclusiva. Nesse contexto, as PICS podem ser executadas pelos enfermeiros desde que estes sejam qualificados adequadamente por uma instituição de ensino reconhecida, com carga horária mínima de 360 horas. Sendo assim, o enfermeiro está respaldado legalmente pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 197/97, cabendo exclusivamente a ele exercer as terapias de maneira exitosa, viabilizando ao paciente uma terapia não farmacológica eficaz que atenda as demandas da comunidade (ELER, G. J.; JAQUES, A. E., 2006, apud SILVA; LEÃO, 2004).

Diante da atual situação da saúde brasileira, pode-se considerar que dentre as principais condições crônicas da população, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM). Consideradas como problema de saúde pública, são causas de elevados índices de morbidade e mortalidade. Por esse motivo, foi criado o Programa Nacional de Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), o qual tem como objetivo realizar o cadastramento no sistema DATASUS-HIPERDIA, acompanhamento e tratamento sistemático das pessoas com DM e HAS. Para isso, é necessária uma atenção multidisciplinar, a qual conta com o envolvimento da equipe multiprofissional de

saúde que atua na Atenção Primária a Saúde (APS).

Nesse contexto, a APS é responsável por executar as diretrizes do SUS, obtendo dessa forma, o reconhecimento dos usuários pela assistência multidisciplinar e mais acolhedora, proporcionando a criação de vínculo entre a equipe e o usuário (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

Levando-se em consideração que o enfermeiro é o principal elo da Unidade Básica de Saúde (UBS) com a comunidade, percebe-se a responsabilidade que este profissional possui no processo de desenvolvimento de estratégias inovadoras, com a finalidade de proporcionar melhorias na qualidade de vida e bem-estar da população, através da implementação de técnicas terapêuticas não farmacológicas.

Tendo em vista a utilização destes métodos, a Aromaterapia é uma das práticas integrativas e complementares mais utilizadas, sendo considerada a arte e a ciência de usar óleos que podem ser encontrados nas raízes, folhas, caule, flores ou frutos de uma planta, com a finalidade de modificar o humor do indivíduo e melhorar seu bem-estar físico, mental e emocional (ANDREI; PERES; DEL COMUNE, 2005; GNATTA et al., 2011; DOMINGOS, 2014).

Os óleos essenciais são substâncias orgânicas, voláteis, normalmente tem a textura aquosa e são muito perfumados. Os principais métodos utilizados são: a inalação, o banho aromático e aplicação; entretanto, o método mais adequado é definido pelo médico ou profissional de saúde especializado, que deve levar em consideração as necessidades físicas e mentais do paciente. Após avaliação e definição do método a ser utilizado, ressalta-se a necessidade de realizar o teste de alergia 24 horas antes de iniciar qualquer aplicação (ANDREI; PERES; DEL COMUNE, 2005; GNATTA et al., 2011; DOMINGOS, 2014).

A Musicoterapia compreende uma terapia não medicamentosa, a qual pode levar à melhora da qualidade de vida e sobrevida do indivíduo que apresente HAS (ZANINI, 2009). Enquanto que a massoterapia é classificada como uma subcategoria das terapias mente-corpo, sendo bastante utilizada em gestantes durante a gravidez, inclusive antes do parto (KUREBAYASHI et al., 2016)

As experiências dos autores, associadas à literatura, demonstram que ambas produzem no indivíduo sensação de relaxamento e prazer, ajudando a alcançar sensação de bem-estar, além de auxiliar na eliminação das tensões, gerando conseqüentemente, pensamentos positivos e sensações agradáveis. Eleva-se a importância de trabalhar essas terapias nestes grupos, à vista do fator emocional que exerce importante influência no processo saúde-doença; sendo assim, as terapias promovem momentos de relaxamento para auxiliá-los a manter a compensação emocional e conseqüentemente metabólica.

Considerando-se a significativa relevância dessas práticas para a promoção da saúde de maneira holística na APS, o presente estudo tem como objetivo relatar

uma ação educativa e as diferentes formas de aplicabilidade de algumas práticas integrativas e complementares em saúde nos pacientes com diabetes e hipertensão arterial cadastrados no programa HIPERDIA.

Diante da importância das PICS para o estabelecimento e/ ou manutenção da saúde, justifica-se a realização deste estudo como forma de demonstrar os benefícios que estas práticas oferecem para as pessoas com diabetes e hipertensão como alternativa terapêutica não medicamentosa, visando uma mudança da assistência fragmentada para uma assistência integral e humanizada realizada por profissionais de saúde capacitados.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, de uma feira de saúde realizada em novembro de 2017, na Unidade de Saúde da Família (USF) Elson Duarte, no município de Itabuna, sul da Bahia. A feira foi realizada pelo Projeto de Extensão Rede de Cuidados em Diabetes Mellitus em parceria com o Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LABPICS) do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Metodologias na Enfermagem (NEPEMENF) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), juntamente com bolsistas e voluntários do projeto, discentes e docentes do curso de Enfermagem da UESC, além da participação da equipe multiprofissional da referida USF.

O Projeto de Extensão Rede de Cuidados em Diabetes Mellitus é um programa de caráter extensionista que desenvolve ações educativas, científicas e assistenciais. Tem como objetivo construir uma rede de cuidados em Diabetes Mellitus por meio de ações intersetoriais e interinstitucionais de promoção, prevenção, detecção precoce e controle das complicações agudas e crônicas que representam risco de saúde para os indivíduos que convivem com o Diabetes.

Dentre as diversas ações realizadas, destacam-se as capacitações para enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) da rede de APS; identificação do perfil epidemiológico e clínico das pessoas com diabetes (casos novos e antigos); e desenvolvimento de ações educativas, em modelo de feira de saúde.

O LABPICS do NEPEMENF, também de caráter extensionista, busca desenvolver ações de promoção da saúde para o autocuidado e cuidado do outro com base na aplicabilidade das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) previstas no Sistema Único de Saúde. Entre outras atividades, desenvolve capacitações e matriciamento articulado com outros projetos, cursos e disciplinas da área da saúde no intuito de constituir espaço de inovação universitária para a produção científica e desenvolvimento de ações em PIC. O Laboratório também está vinculado ao ensino através de disciplina oferecida no Curso de Enfermagem da UESC, permitindo aos

discentes apre(e)nder sobre as práticas e desenvolvê-las nos diferentes espaços em que possam atuar.

Para realização da feira de saúde em questão, foi executado o planejamento da ação que consistiu na identificação dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA, e posteriormente, elaboração de convites e entrega, nos domicílios, pelos ACS. Para melhor fluidez e agilidade no atendimento, foi elaborado um fluxo unidirecional das atividades ofertadas, de forma a garantir que todos pudessem participar de todos os serviços ofertados. Desta forma, definiu-se um fluxo de atendimento, que consistiu em: preenchimento da ficha de identificação, dados sociodemográficos e clínicos; aferição da pressão arterial, glicemia capilar, medidas antropométricas (peso, altura e circunferência abdominal); consulta de enfermagem; exame dos pés; atividade educativa sobre plantas medicinais; e aplicação das práticas integrativas e complementares.

Todas as etapas foram conduzidas pelos bolsistas e voluntários do projeto, discentes e docentes do curso de enfermagem da UESC. Na última etapa, foram trabalhadas as seguintes terapias: musicoterapia, aromaterapia e automassagem. Para tanto, utilizou-se incensos, velas aromáticas, caixa de som, luminária de cor azul e colchonetes. Ressalta-se que a aplicação das PICS contou com a orientação de enfermeiro docente especialista na área, bem como capacitação prévia pelo LABPICS para toda a equipe que atuou na feira.

## **ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Verificou-se um quantitativo de 100 pessoas que participaram da feira de saúde e realizaram as PICS. Dentre elas, cerca de 80% era do sexo feminino, com idade a partir dos 40 anos.

Observou-se que a ação proporcionou conhecimentos acerca das Práticas Integrativas e Complementares, pouco exploradas até então nas unidades deste município como modalidade de abordagem não farmacológica no tratamento do DM e HAS, e outras comorbidades. Vale ressaltar a identificação de interesse manifestado pelas pessoas presentes em adentrar ao espaço onde se trabalhavam as terapias, motivadas pela curiosidade, evidenciando o desconhecimento das mesmas acerca das PICs.

É relevante destacar que a saúde pública no Brasil deve ser um espaço que possibilite a discussão das transformações das práticas em saúde para a ampliação do conceito de corresponsabilização no cuidado. Nesse sentido, as PICs configuram-se como mais uma ferramenta no desenvolvimento de estratégias renovadas para a promoção da saúde pública e fortalecimento das ações da atenção integral à saúde (JÚNIOR, 2016).

Ademais, a utilização das terapias como recurso de promoção da saúde,



proporciona efeitos consideráveis sob a esfera psicoemocional; refletindo na melhora da autoestima e favorecendo a socialização, devendo ser implementadas em todas as unidades como método terapêutico complementar (GOMES; AMARAL, 2012).

Corroborando com os achados na literatura, verificou-se mudança no estado emocional das pessoas contempladas pela ação, que demonstraram, através de relatos, estado de relaxamento, tranquilidade e plenitude emocional após a aplicação das PICs. Entretanto, foram observadas algumas limitações tais como o curto tempo disponível para aplicação das mesmas, tendo em vista a grande demanda de pessoas que havia no local; além do incômodo de algumas em relação à presença da vela aromática e incensos, devido ao aspecto religioso, reafirmando o desconhecimento relacionado aos efeitos terapêuticos dos artigos utilizados.

Conforme Gomes e Amaral (2012) esse preconceito pode ser justificado pelo fato dessas práticas não fazerem parte da medicina convencional, o que dificulta o conhecimento das pessoas acerca dos tratamentos complementares, e conseqüentemente, a não adesão. Nos países pobres, devido as dificuldades de acesso aos serviços de saúde hospitalares e os altos custos por estes serviços, as pessoas recorrem às terapias integrativas e complementares e por isso observa-se maior aceitação e adesão da população (GOMES; AMARAL, 2012).

Diante do exposto, ressalta-se a importância de levar em consideração os estudos que comprovam os benefícios da utilização dessas terapias, além dos discursos positivos acerca da sua efetividade, relatados pelos que aderem a estas, para que desta forma, esta metodologia seja mais conhecida e aceitável pela população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta ação com usuários cadastrados no programa HIPERDIA em uma Unidade de Saúde da Família, permitiu constatar benefícios do uso das PICs, mesmo em um curto período, possibilitando, além de conhecimentos acerca das práticas, o relaxamento, reestabelecimento e equilíbrio emocional aos usuários do serviço de saúde, de modo que puderam compreender os benefícios que estas práticas representam para o tratamento das doenças crônicas, como diabetes e hipertensão.

Além disso, embora tenham sido evidenciados pontos negativos, eles podem ser sanados caso seja implantado o uso dessas práticas na rotina das unidades de saúde, podendo atender a todos com um tempo mais apropriado e proporcionando mais conhecimento à população a respeito das mesmas, desmistificando assim, qualquer possível relação que possam fazer com alguma religião. Reforça-se, com isso, a necessidade de interação das equipes de profissionais de saúde, bem como parcerias com as instituições educadoras que invistam em atividades e ações de

educação e orientação em saúde.

Desta forma, verificou-se que de maneira geral, a realização da feira de saúde para aplicabilidade das terapias integrativas e complementares nos pacientes com diabetes e hipertensão, foi uma iniciativa inovadora do Projeto de Extensão Rede de Cuidados em Diabetes Mellitus articulado com o LABPICS, reforçando a relevância das PICs como forma de tratamento complementar para as doenças crônicas, contribuindo com a redução dos sintomas e limitações decorrentes das patologias; possibilitando assim, um despertar da comunidade para outras formas de tratamento e melhora da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ANDREI, P.; DEL COMUNE, A. P. Aromaterapia e suas aplicações. **Centro Universitário São Camilo**, v. 11, n. 4, p. 57-68, 2005. Disponível em: <[https://www.saocamilo-sp.br/pdf/cadernos/36/07\\_aromaterapia.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/cadernos/36/07_aromaterapia.pdf)>. Acesso em: 06 de jul. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas E Complementares No SUS: Atitude De Ampliação De Acesso** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DOMINGOS, Thiago da Silva. **Massagem com aromaterapia e sua eficiência para o usuário em internação psiquiátrica**. 2014. 109 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014.

ELER, G. J.; JAQUES, A. E. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 3, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/624>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

GNATTA, J. R. et al. O uso da aromaterapia na melhora da autoestima. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1113-1120, Out. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 de Jul. 2018.

GOMES, L.; AMARAL, J.B. DO. Os efeitos da utilização da música para os idosos: revisão sistemática. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 1, n. 1, p. 104- 05, 2012. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/46/46>>. Acesso em: 07 de jul. 2018.

JÚNIOR, E.T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.** vol.30 no.86, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000100099](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099)>. Acesso em: 07 de jul. 2018.

KUREBAYASHI, L. F. S. et al. Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n. SI, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449727055>>. Acesso em: 06 de jul. 2018.

OGATA, M.; MACHADO, M. L.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, dez., 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/33236/17574>>. Acesso em: 10 de out. 2019.

ZANINI, C. R. DE O. et al. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. **Arq. Bras. Cardiol. [online]**, v. 93, n.5 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001100015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 06 de jul. 2018.

# CAPÍTULO 5

## ASPECTOS CLÍNICOS-EPIDEMIOLÓGICOS DOS ACIDENTES OFÍDICOS NO MUNICÍPIO DE ILHÉUS – BAHIA

Data de aceite: 19/12/2019

Data de submissão: 14/10/2019

### **Susane Mota da Cruz**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade  
Estadual de Santa Cruz (UESC)  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/4402321914941619>

### **Giselle Adryane da Silva Jesus**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade  
Estadual de Santa Cruz (UESC)  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/3881660792223469>

### **Thaís Lima Ferreira**

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual  
de Santa Cruz (UESC)  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/3378607859280882>

### **Laíne de Souza Matos**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade  
Estadual de Santa Cruz (UESC)  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/3217806173642608>

### **Vivian Andrade Gundim**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade  
Estadual de Santa Cruz (UESC).  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/3983051551743415>

### **Marcelly Cardoso Vieira Cruz**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade  
Estadual de Santa Cruz (UESC)  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/3493471808317275>

### **Beatriz dos Santos Andrade**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade  
Estadual de Santa Cruz (UESC)  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/1793485275934876>

### **Rafaella dos Santos Lima**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade  
Estadual de Santa Cruz (UESC)  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/4576077638568116>

### **Cátia Luiza da Silva Barbosa**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade  
Estadual de Santa Cruz (UESC)  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/1035512148653930>

### **Taã Pereira da Cruz Santos**

Graduando em Enfermagem pela Universidade  
Estadual de Santa Cruz (UESC)  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/8946021449094121>

### **Carlos Vitório de Oliveira**

Prof.<sup>a</sup> Titular do Departamento de Ciências da  
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).  
Ilhéus-Bahia.  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/5823796908918490>

### **Fernanda Alves Barbosa**

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual  
de Santa Cruz (UESC)  
Ilhéus – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/0432211723808971>

**RESUMO:** Os acidentes ofídicos são considerados um importante problema de saúde pública nos países tropicais pela frequência e gravidade com que ocorrem. O objetivo desta pesquisa foi caracterizar o perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos em Ilhéus. Trata-se de um estudo transversal descritivo, a partir de dados secundários das fichas de notificação dos acidentes ofídicos ocorridos em Ilhéus no ano de 2017. Foram notificados 26 casos de acidentes ofídicos em Ilhéus no ano de 2017; a maior frequência de casos foi no sexo masculino (24); em idade produtiva 20-39 anos (11); grande parte causados pelo gênero *Bothrops* (73%); quanto à ocupação, a maioria estava em branco (61%), seguida de trabalhador agropecuário (23%); a zona de ocorrência foi predominantemente rural (81%). Em relação ao local anatômico da picada, verificou-se que as extremidades foram as regiões mais acometidas (74%). Ao que concerne às manifestações clínicas, a maioria dos indivíduos apresentaram dor (77%) e edema no local da picada (65%); somente um caso apresentou cianose local no membro inferior; a maioria não apresentou manifestações clínicas sistêmicas (69%). A respeito do tempo demandado entre o acidente e o atendimento, a maior parte foi atendida entre 01 e 03 horas; quanto a evolução, a maioria seguiu para a cura. A partir destes resultados é possível notar que o município de Ilhéus segue o perfil dos acidentes ofídicos de outras localidades, sendo necessário um conhecimento da população acerca da importância do uso de equipamentos de proteção individual como botas e luvas, a busca por garantia de melhores condições de atendimento e tratamento aos acidentados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Epidemiologia, bothrops, saúde pública.

## CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF OFFICIAL ACCIDENTS IN THE CITY OF ILHÉUS – BAHIA

**ABSTRACT:** Snakebite accidents are considered a major public health problem in tropical countries because of their frequency and severity. The objective of this research was to characterize the epidemiological profile of snakebite accidents in Ilhéus. This is a descriptive cross-sectional study, based on secondary data from the notification sheets of snakebite accidents occurred in Ilhéus in 2017. 26 cases of accidents were reported. ophidians in Ilhéus in 2017; the highest frequency of cases was in males (24); productive age 20-39 years (11); largely caused by the genus *Bothrops* (73%); As for occupation, most were blank (61%), followed by agricultural worker (23%); The area of occurrence was predominantly rural (81%). Regarding the anatomical site of the bite, it was found that the extremities were the most affected regions (74%). Regarding clinical manifestations, most individuals had pain (77%) and edema at the bite site (65%); only one case presented local cyanosis in the lower limb; most had no systemic clinical manifestations (69%). Regarding the time required between the accident and the service, most were attended between 01 and 03 hours; As for evolution, most went for healing. From these results it is possible to notice that the municipality of Ilhéus follows the profile of snakebite accidents in other localities, requiring a knowledge of the population about the importance of the use of personal protective equipment such

as boots and gloves, the search for better conditions. of care and treatment to the injured.

**KEYWORDS:** Epidemiology, bothrops, public health.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os acidentes ofídicos são considerados um importante problema de saúde pública nos países tropicais pela frequência e gravidade com que ocorrem. Os acidentes ofídicos foram incluídos, pela Organização Mundial da Saúde, na lista das doenças tropicais negligenciadas onde na maioria dos casos, acomete populações pobres que vivem em áreas rurais (LOPES ET AL.,2017).

Em agosto de 2010, o agravo foi incluído na Lista de Notificação de Compulsória do Brasil. São quatro os gêneros de serpentes brasileiras de importância médica (*Bothrops*, *Crotalus*, *Lachesis* e *Micrurus*), sendo que a maioria dos acidentes é ocasionada por serpentes do gênero *Bothrops* (BRASIL, 2017).

Identificar a serpente causadora do acidente é procedimento primordial na medida em que possibilita a dispensa imediata da maioria dos pacientes picados por serpentes não peçonhentas, fornece o reconhecimento das espécies de relevância médica a nível regional e auxilia na indicação mais precisa do antiveneno a ser administrado (PINHO; PEREIRA, 2001).

Os envenenamentos por serpentes no Brasil representam cerca de 29.000 casos por ano e uma média de 125 óbitos (BERNARDE, 2014). No entanto, estas estimativas, se apresentam subestimadas pelas dificuldades de registro dos acidentes e subnotificações nas regiões mais distantes do país, em especial na região Centro-Oeste, Nordeste e Norte (BRASIL, 2001).

Considerando que através de estudos epidemiológicos, é possível realizar a caracterização dos casos dos acidentados, este estudo justifica-se pela importância da temática e pela gravidade dos acidentes ofídicos, podendo resultar em estratégias para melhores condições de atendimento e tratamento e monitorização do paciente. Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi caracterizar os aspectos clínicos-epidemiológicos dos acidentes ofídicos em Ilhéus.

## 2 | PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e quantitativa, realizada a partir da análise de dados secundários registrados nos bancos de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em que buscou-se avaliar a ocorrência de casos de acidentes ofídicos no município de Ilhéus-Ba no ano de 2017.

Foram selecionadas como variáveis para análise do estudo: gênero, faixa etária, ocupação, zona de ocorrência, tempo entre o acidente e o atendimento, manifestações clínicas, manejo clínico, tipo de serpente e evolução. A partir dos dados obtidos, organizou-se em uma planilha na plataforma “Microsoft Excel” e posterior análise estatística descritiva. Por se tratar de um banco com dados considerados de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram notificados em 2017 no município de Ilhéus, Bahia, 26 casos de acidentes ofídicos. A maioria dos acidentes envolveu indivíduos do sexo masculino (24 casos). Quanto à distribuição etária dos acidentes ofídicos, entre adultos de 20 a 39 anos foram registrados 11 casos. Na faixa etária de 40 a 60 anos foram registrados 8 casos e na faixa de 0 a 19 anos, 7 casos.

Este resultado é compatível com o estudo realizado no estado da Bahia (Nascimento et al., 2017). A preponderância dos acidentes ofídicos nas referidas faixas etária e sexo pode ser explicada devido a relação da hegemonia masculina, em idade economicamente ativa em atividades no campo, como a caça, pesca e lavra da terra (ALBUQUERQUE et al., 2013).

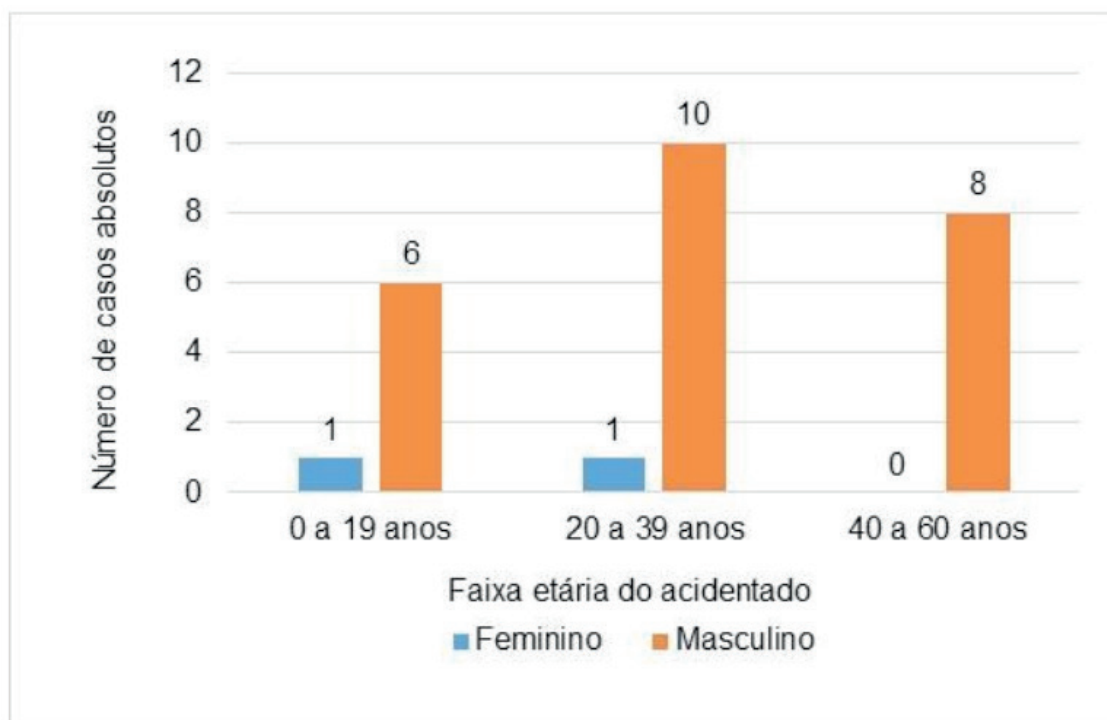


Gráfico 1 – Distribuição dos acidentes ofídicos no município de Ilhéus segundo sexo e faixa etária no ano de 2017.

A zona de ocorrência predominante foi a zona rural, com cerca de 21 casos.



Esse ambiente é prevalente entre as ocorrências de acidentes ofídicos, por se tratar do habitat natural, propício às condições de sobrevivência das serpentes, além de ser local de atividade humana (BARRETO, 2010; PINHO; PEREIRA, 2001).

| OCUPAÇÃO                                   | Frequência Absoluta | %           |
|--|---------------------|-------------|
| Trabalhador Rural                          | 6                   | 23%         |
| Estudante                                  | 2                   | 8%          |
| Geógrafo                                   | 1                   | 4%          |
| Dona de casa                               | 1                   | 4%          |
| Ignorados                                  | 16                  | 61%         |
| <b>ZONA DE OCORRÊNCIA</b>                  |                     |             |
| Rural                                      | 21                  | 81%         |
| Urbana                                     | 3                   | 11%         |
| Ignorados                                  | 2                   | 8%          |
| <b>LOCAL ANATÔMICO DA PICADA</b>           |                     |             |
| Cabeça                                     | 1                   | 4%          |
| Mão  | 7                   | 30%         |
| Perna                                      | 5                   | 22%         |
| Pé   | 10                  | 44%         |
| <b>DOR LOCAL</b>                           |                     |             |
| Sim  | 20                  | 77%         |
| Não  | 2                   | 8%          |
| Ignorados                                  | 4                   | 15%         |
| <b>EDEMA</b>                               |                     |             |
| Sim  | 17                  | 65%         |
| Não  | 9                   | 35%         |
| <b>CIANOSE</b>                             |                     |             |
| Sim  | 1                   | 4%          |
| Não  | 25                  | 96%         |
| <b>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS LOCAIS</b>       |                     |             |
| Sim  | 22                  | 85%         |
| Não  | 3                   | 11%         |
| Ignorados                                  | 1                   | 4%          |
| <b>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS SISTÊMICAS</b>   |                     |             |
| Sim  | 7                   | 27%         |
| Não  | 18                  | 69%         |
| Ignorados                                  | 1                   | 4%          |
| <b>TEMPO DO ACIDENTE ATÉ O ATENDIMENTO</b> |                     |             |
| 0 a 1 hora                                 | 5                   | 19%         |
| 1 a 3 horas                                | 16                  | 62%         |
| Ignorados                                  | 5                   | 19%         |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>26</b>           | <b>100%</b> |

Tabela 1 - Distribuição dos casos notificados de acidentes ofídicos no município de Ilhéus- Ba

De acordo com a variável ocupação apresentada na Tabela 1, em seis casos (23%) as vítimas foram trabalhadores rurais, dois (8%) estudantes, um (4%) geógrafo e uma (4%) dona de casa, considerando que em 16 dos casos (61%) essa variável foi ignorada. Podemos considerar que o grande percentual de ignorados é reflexo do déficit no preenchimento das fichas de notificação por não atribuírem a devida relevância a esta variável.

Dessa forma, a deficiência na notificação dificulta a interpretação fidedigna dos dados. Comparando as regiões Sul e Sudeste, o Nordeste é a região onde há

maior subnotificação (SARAIVA et al., 2012).

Em relação ao local anatômico da picada, verificou-se que as extremidades foram as regiões mais acometidas: 9 casos de picada no pé e 6 casos na mão. Os locais menos atingidos foram a cabeça (1 caso) e a perna (4 casos).

Um dos principais fatores que afirmam a maior ocorrência dos casos em membros superiores e inferiores, está relacionado às condições de realização do trabalho rural, onde a ausência de proteção adequada do indivíduo em matagais ou lugares habitados por serpentes, expõe as extremidades e tornam-se os locais anatômicos mais prevalentes das picadas. Ademais, a não utilização dos equipamentos de proteção individuais, resultam em trabalhadores mais susceptíveis aos acidentes. O uso de luvas, botas rígidas e de cano longo, perneira e demais ferramentas de proteção são de suma importância, no que tange a prevenção das picadas (SARAIVA et al., 2012).

O quadro clínico do acidente ofídico abrange manifestações locais e manifestações sistêmicas. No estudo, grande parte teve manejo clínico local (22 casos), três casos não tiveram e 1 foi ignorado. Cerca de 20 indivíduos queixaram-se de dor no local da picada e 2 não relataram dor. O edema estava presente em 17 casos e não houve caso de necrose. Somente 1 caso apresentou cianose local no membro inferior.

Dentro da classificação quanto à gravidade das manifestações clínicas, a maioria dos indivíduos apresentaram dor (77%), e edema no local da picada (65%), que pode se manifestar de forma leve a moderada. Houve um caso de quadro sistêmico grave, caracterizado por cianose. É imprescindível estar atento às manifestações clínicas e a classificação do acidente, pois através dela é possível orientar a terapêutica empregada com o antiveneno específico, definindo a quantidade de ampolas a serem utilizadas (BRASIL, 2001; TRES, 2014).

No acidente botrópico, o mais evidente nos casos supracitados, podem ser encontrados como efeitos clínicos sistêmicos, as hemorragias observadas à distância, como gengivorragias, epistaxes, hematêmese e hematuria macroscópica, hemoptise além de náusea, vômito, sudorese, hipotensão arterial e, mais raramente, insuficiência renal e choque. Com tudo, no que se refere aos acidentes causados por filhotes de *Bothrops* spp., a alteração do tempo de coagulação sanguíneo é levantada como único fator diagnóstico (MARTINS ET AL., 2012).

Foram notificados de acordo com a variável tempo decorrido entre o acidente e o atendimento, que 16 casos receberam atendimento de uma a três horas após o acidente, sendo que cinco foram até uma hora e cinco não foram notificados o tempo. Dessa forma, nota-se que na maioria dos casos a vítima não é atendida na primeira hora (hora de ouro), o que, por sua vez, pode diminuir suas chances de cura. Entretanto, foram atendidas em um tempo ainda assim viável para o tratamento

eficaz em alguns casos.

No que se refere à evolução, em 24 dos casos a vítima foi curada, sendo que em dois casos este dado foi ignorado. Nesse sentido, a taxa de letalidade pode aumentar devido a demora no atendimento pela equipe de saúde e do início do tratamento soroterápico embora a maioria dos casos sejam classificados clinicamente como leves (BRASIL, 2016). Já que o menor tempo para o atendimento é essencial para evitar complicações, sequelas e até mesmo o óbito (SARAIVA et al., 2012).

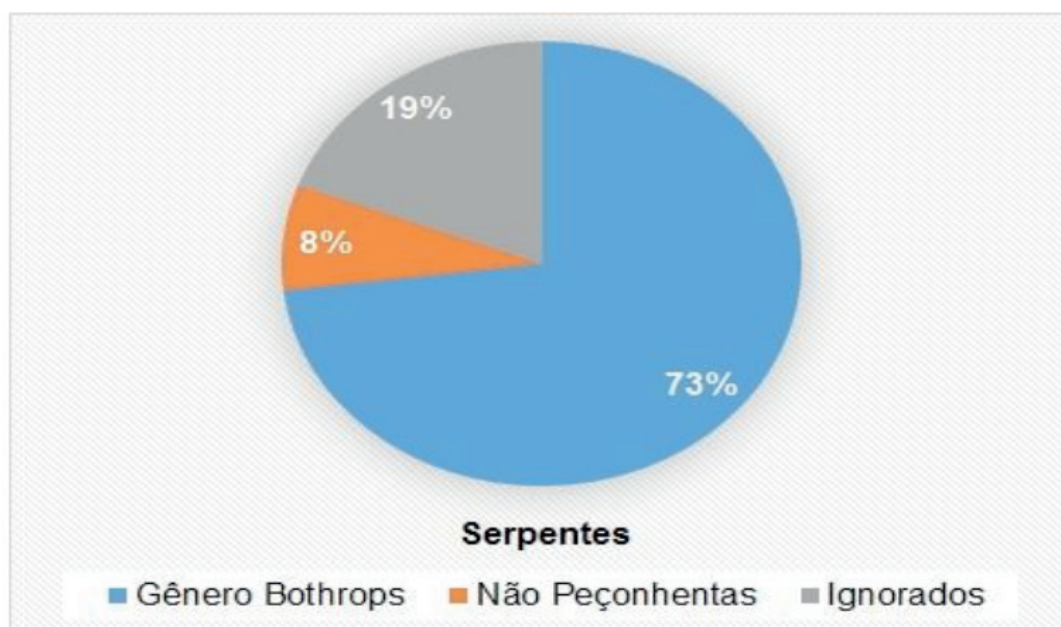


Gráfico 2 - Distribuição dos casos segundo o gênero da serpente, no município de Ilhéus- Ba

Houve predominância de acidentes provocados por serpentes do gênero *Bothrops*. As cobras não peçonhentas foram responsáveis por 2 casos. As serpentes desse gênero, possuem uma característica que se resume em ter aptidão em se adaptar a diversos tipos de ambientes e, por essa razão podem ser encontradas nos mais variados ecossistemas (LEMOS et al., 2009), são em sua maioria, encontradas em locais com grande umidade, bem como, campos, plantações ou em regiões próximas às matas (BARRETO et al., 2010).

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir destes resultados, foi possível conhecer e analisar a situação epidemiológica de acidentes ofídicos no município de Ilhéus. Além da importância clínica e epidemiológica dos acidentes ofídicos, algumas questões sociais e econômicas envolvem esse problema, já que, ocorrem com maior frequência em pessoas do sexo masculino, em trabalhadores rurais, na faixa etária produtiva de 20 a 39 anos, atingem sobretudo os membros inferiores, e a maioria desses acidentes é atribuída ao gênero *Bothrops*. Estes resultados demonstram que o município de

Ilhéus segue o perfil dos acidentes ofídicos de outras localidades. Assim, faz-se necessário desenvolver medidas de promoção a saúde e prevenção para a população acerca da importância do uso de equipamentos de proteção individual como botas e luvas, maior atenção dos profissionais de saúde quanto ao preenchimento das fichas de notificação a busca por garantia de melhores condições de atendimento e tratamento aos acidentados.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, Benilson Beloti et al. **Perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos no município de Juiz de Fora – MG no período de 2002-2007**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 190-5, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14488>. Acesso em: 02 de setembro de 2018.

BERNARDE, Paulo Sérgio. **Serpentes peçonhentas e acidentes ofídicos no Brasil**. São Paulo: Anolis Books, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acidentes por animais peçonhentos – Serpentes**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-por-animais-peconhentos-serpentes/>. Acesso em: 10 de setembro de 2018. (C)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2001. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/14/Manual-de-Diagnostico-e-Tratamento-de-Acidentes-por-Animais-Pe--onhentos.pdf>. Acesso em 03 de setembro de 2018. (B)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços**. Guia de Vigilância em Saúde. 1. ed. atual. Brasília, 2016. (A)

LEMOS, Josiverton de Carvalho et al. **Epidemiologia dos acidentes ofídicos notificados pelo Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande (Ceatox-CG), Paraíba**. Revista Brasileira de Epidemiologia, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 50-9, 2009.

LIMA, Ana Cristina Silva Ferreira; CAMPOS, Carlos Eduardo Costa; RIBEIRO, José Renato. **Perfil epidemiológico de acidentes ofídicos do Estado do Amapá**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 42, n. 3, p. 329-35, 2009.

LOPES, Aline Barbosa; OLIVEIRA, Amanda Amâncio; DIAS, Fellipe Camargo Ferreira; SANTANA, Victor Mateus Xavier; OLIVEIRA, Vitória de Souza; LIBERATO, Aline Almeida. et al. **Perfil epidemiológico da coqueluche na região Norte do Brasil entre 2012 e 2015**. Revista de Patologia do Tocantins. 2017. Disponível em <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/3753>. Acesso em 01 de setembro de 2019.

MARTINS, Beatriz Ferreira et al. **Acidentes por serpente (bothrops spp. E crotallus spp.) em crianças: Relato de dois casos**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 693-703, 2012.

PINHO, FMO; PEREIRA, ID. Ofidismo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 47, n. 1, p. 24-29, março de 2001. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010442302001000100026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302001000100026&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04 de setembro de 2019.

SANTANA, Lucas; REIS, Ubiraci Carmo; MACHADO, Jacqueline. **Perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos no estado da Bahia (2005 a 2010)**. South American Journal of Basic Education. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/1360/938> .Acesso em 02 de

setembro de 2019.

SARAIVA, Matheus Gurgel et al. **Perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos no Estado da Paraíba, Brasil, 2005 a 2010**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n. 3, p. 449-56, 2012. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-4974201200030001](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974201200030001). Acesso em Acesso em 04 de setembro de 2019.

TRES, Guilherme Leví; LEITE, Angela Dal Pizzol; LODI, Laura Orlandini; GAVIOLI, Izabela Lucchese. **Abordagem e manejo do acidente botrópico**. Acta méd. Porta Alegre, 35: [9], 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882515?lang=en>. Acesso em: 05 d setembro de 2018.

# CAPÍTULO 6

## ATUAÇÃO DO PROJETO REDE DE CUIDADOS EM DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE

Data de aceite: 19/12/2019

Data de Submissão: 14/10/2019

Ilhéus – BA

0000-0002-8631-6721

### **Emanuela Cardoso da Silva**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)

Ilhéus – BA

0000-0002-3246-1691

### **Isabella Ramos dos Santos**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)

Ilhéus – BA

0000-0002-1605-4703

### **Roseanne Montargil Rocha**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)

Ilhéus – BA

0000-0001-5766-413X

### **Laís Souza dos Santos Farias**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)

Ilhéus – BA

0000-0002-0855-082X

### **Geovana dos Santos Vianna**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)

Ilhéus – BA

0000-0002-7410-6612

### **João Pedro Neves Pessoa**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)

Ilhéus – BA

0000-0001-5630-962X

### **Ana Carolina Santana Cardoso**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)

### **Gisele Santiago Bomfim**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)

Ilhéus – BA

0000-0002-0113-2406



**RESUMO:** No intuito de promover a Educação continuada, a atividade extensionista propõe a transmissão do conhecimento científico adquirido na Instituição de Ensino, como forma de fornecer para a sociedade instrumentos que lhe carecem. Nessa perspectiva, o estudo teve como objetivo descrever acerca das ações do projeto Rede de cuidados em Diabetes Mellitus em uma comunidade no interior da Bahia, evidenciando sua relevância na prevenção e promoção da doença. Trata-se de uma proposta de estudo de campo, tipo relato de experiência, de corte transversal, descritivo prospectivo e intervencionista populacional composta por pessoas com diabetes mellitus e com riscos de desenvolver diabetes. Observou-se que os resultados foram satisfatórios pois, houve um fortalecimento do vínculo cliente e rede de cuidados em diabetes, rastreamento da população de risco, organização da gestão do cuidado ao diabético, fortalecimento da atenção básica; implantação de ações de promoção a saúde da população de diabéticos, consolidação da linha de cuidado do adulto diabético, implantação de ações de promoção a saúde da população em geral e de risco. Por meio das intervenções realizadas pela Extensão torna-se possível proporcionar subsídios para controle dos fatores de risco dos usuários, bem como estimular o autocuidado e minimizar possíveis complicações, além de ser um meio de sanar dúvidas, compartilhar conhecimentos, esboçar angústias e anseios. A vivência constante no campo de trabalho une a universidade da comunidade, atendendo, quando é possível, as solicitações e estabelecendo um eixo integrador com a população e rede básica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Extensão; Diabetes Mellitus; Enfermagem

## ACTIVITIES OF THE DIABETES MELLITUS CARE NETWORK PROJECT IN THE COMMUNITY

**ABSTRACT:** In order to promote continuing education, the extension activity proposes the transmission of scientific knowledge acquired in the educational institution, as a way to provide society with tools that need it. From this perspective, the study aimed to describe the actions of the Diabetes Mellitus Care Network project in a community in the interior of Bahia, highlighting its relevance in the prevention and promotion of the disease. This is a field study proposal, type of experience report, cross-sectional, prospective descriptive and interventionist population composed of people with diabetes mellitus and at risk of developing diabetes. It was observed that the results were satisfactory because there was a strengthening of the client bond and diabetes care network, tracking of the risk population, organization of diabetic care management, strengthening of primary care; implementation of health promotion actions for the diabetic population, consolidation of the diabetic adult care line, implementation of health promotion actions for the general and risk population. Through the interventions carried out by the Extension, it becomes possible to provide subsidies to control users' risk factors, as well as to stimulate self-care and minimize possible complications, as well as being a means of answering doubts, sharing knowledge, outlining anxieties and anxieties. The constant experience in the field of work unites the community university,

meeting, when possible, the requests and establishing an integrative axis with the population and basic network.

**KEYWORDS:** Extension; Diabetes mellitus; Nursing

## 1 | INTRODUÇÃO

O modelo atual das Universidades brasileiras é constituído pela associação do ensino, pesquisa e extensão. Mediante processo histórico através do acordo firmado diante da Constituição Brasileira de 1988 assegura-se que se propicie uma formação acadêmica baseada neste tripé. Sendo assim, além de permitir uma formação com enfoque na transversalidade, essa articulação visa contribuir de maneira positiva no impacto de problemas da sociedade contemporânea.

No intuito de promover a Educação Permanente em Saúde, a atividade extensionista propõe a construção do conhecimento científico na Instituição de Ensino, como forma de fornecer para a sociedade instrumentos que ajudem a cuidar melhor da sua saúde e da sua família, propiciando um aprendizado mútuo entre discentes, docentes e comunidade, além do resgate de conteúdos trabalhados através das ações práticas desenvolvidas na Extensão. (RODRIGUES et al., 2013)

Nessa perspectiva, no ano de 1993 criou-se o Projeto de extensão Rede de Cuidados em Diabetes *Mellitus* vinculado ao Departamento de Ciências da Saúde da Universidade pública no interior da Bahia. São desenvolvidas atividades de ação continuada, cujo objetivo principal é estabelecer uma rede de cuidados em diabetes, através de ações assistenciais, educativas, de gestão, de ensino e pesquisa nos três níveis de atenção à saúde da pessoa com diabetes. O projeto é desenvolvido pela implementação de várias atividades envolvendo docentes, discentes dos cursos de graduação em enfermagem, profissionais de saúde, pessoas com diabetes, familiares e a própria comunidade adstrita as Unidades de Saúde da Família do município. (ROCHA et al., 2017).

Por meio dessa parceria, oferta-se uma rede de cuidados em Diabetes, através de ações não somente assistenciais, educativas, de gestão, ensino e pesquisa à pessoa com diabetes, mas também, de rastreamento, prevenção, promoção à saúde, detecção e controle. O Diabetes configura-se como um problema de saúde pública, caracterizado como um distúrbio metabólico que causa uma deficiência na produção e/ ou ação da insulina levando a hiperglicemia. É considerado uma doença crônica com altas taxas de prevalência em todo o mundo e que se não tratada e controlada de maneira eficaz, torna-se um potente fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, além das complicações a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos que a patologia pode ocasionar no indivíduo.

(MOREIRA; BARRETO; DEMPSTER, 2015; SANTOS et al., 2015 Apud Kelvin Leite Moura et al., 2019)

Justifica-se esse relato pois, acredita-se que através da vivência na extensão torna-se possível articular os saberes entre a teoria e a prática, o entendimento da importância da pesquisa e de respostas a sociedade, além de estimular o discente a posicionar-se diante da informação, propiciando enriquecimento do aprendizado, possibilitando-o interagir de forma crítica e ativa com o meio físico e social. Nessa perspectiva, o presente trabalho objetiva descrever as ações do projeto Rede de cuidados em Diabetes Mellitus em uma comunidade no interior da Bahia evidenciando sua relevância na prevenção e promoção da doença.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de estudo de campo, tipo relato de experiência, de corte transversal, descritivo, retrospectivo e intervencionista populacional composta por pessoas com diabetes mellitus e seus familiares e com riscos de desenvolver diabetes, cadastradas em Unidades de saúde da Família de um município no interior da Bahia durante o intervalo de tempo de um ano. Os cenários foram as unidades de saúde da família (USF), espaços que serviram para realizações das Feiras de Saúde abertas à comunidade com aferição de Pressão arterial, glicemia, peso e altura, parcerias em mutirões para pessoas com diabetes, atividades educativas envolvendo também os familiares e a comunidade adstrita as USFs do município. Obteve-se como cenário também as residências, local em que eram realizadas a visita domiciliar, na qual era aplicado o questionário de investigação de qualidade de vida e enfrentamento da doença, realizada anamnese, medida de pressão arterial e dados antropométricas (peso, altura, índice de massa corpórea, medida da circunferência abdominal), e um Hospital de Olhos considerado referência para região, no qual acontece anualmente o maior Mutirão do Diabetes do município .

Para a realização das atividades propostas pelo projeto de extensão, faz-se necessário reuniões mensais para o planejamento das ações que serão desenvolvidas ao longo do ano. As ações são organizadas conforme as metas que necessitam ser alcançadas e perpassam pela pesquisa bibliográfica, conhecimento e interação com o ambiente em que se presta a assistência, com intuito da criação de vínculo e responsabilidade do grupo frente aos profissionais da instituição bem como aos usuários do serviço de saúde.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O importante, no rastreamento dos riscos para diabetes nos próximos dez

anos, é identificar quais os fatores que mais impactam em determinada população e, assim, poder implementar ações de promoção e prevenção ao desenvolvimento de DM.

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, os fatores de risco para DM2 são: excesso de peso, história familiar de diabetes, dieta pouco saudável, aumento da idade, hipertensão arterial, etnia, inatividade física, intolerância à glicose, história de Diabetes Mellitus gestacional e a má nutrição durante a gravidez. (BRASIL, 2006)

O Ministério da Saúde preconiza o rastreamento de pessoas em risco de desenvolver o DM2 na Atenção Básica de Saúde realizado principalmente pelo enfermeiro por meio da consulta de enfermagem. (BRASIL, 2013)

Participaram da amostra na feira de saúde 196 pessoas acima de 35 anos adstritas a uma unidade de saúde da ESF. A amostra esteve representada por indivíduos de faixa etária entre 35 a 70 anos. Observa-se que se trata de uma população em sua maioria com idade acima de 64 anos (42,3%) e do gênero feminino (66,8%).

Nos antecedentes familiares temos 96 (49%) com história de diabetes na família. Em relação à medida de circunferência abdominal 127 pessoas (64,8%) apresentaram valor dentro da classificação muito aumentada, ou seja, valores de 92 cm para homens e 82 cm para mulheres. Ao analisarmos o Sedentarismo observou-se que 72 (36,7%) são sedentários.

A ocorrência do alto risco foi maior no sexo feminino (50,4%) em relação ao masculino (21,5%), na faixa etária entre 54 a 64 anos (48,9%), apresentado um valor de significância alta. Dentre os participantes da pesquisa com risco elevado foi observado ainda uma circunferência abdominal elevada (40,8%), referência de sedentarismo em 46% da amostra, de hipertensão arterial em 63,6%, história de diabetes na família em 62,5%. Ainda apresentaram um índice de massa corpórea na sua maioria em obesidade (52,3%) e sobrepeso (46,3%) afirmando a importância do controle de peso na prevenção do Diabetes Mellitus, uma vez que houve uma relação fortemente significativa estatisticamente.

Em relação ao baixo risco de desenvolver diabetes no intervalo de 10 anos observa-se no estudo a relação entre a idade, abaixo de 45 anos (40%), circunferência abdominal normal, ou seja, abaixo de 94cm nos homens e 80cm nas mulheres (57,1%); realizam de algum tipo atividade física (33,3%), encontram-se, em sua maioria com peso normal (43,1%), ou seja, < 25 kg/m<sup>2</sup>, 27% sem antecedentes familiar de diabetes.

Estes dados demonstram a importância de manter os fatores de risco modificáveis dentro dos parâmetros de normalidade, com manutenção de um estilo de vida saudável com adequação do peso, prática de atividade física, ausência de

obesidade central e uma alimentação saudável.

Em relação a qualidade de vida de pessoas com diabetes a amostra foi constituída na sua maioria por pessoas do sexo feminino (63,4%), com mediana de idade de 65,5 anos. Dentre eles, 36,6% encontravam-se na faixa etária abaixo de 60 anos. No que diz respeito ao perfil clínico dos participantes: 80,5% estavam acima do peso, 57,31% apresentava hipertensão arterial sistêmica e 92,68% tinham glicemia capilar alterada, ou seja, acima de 200mg/dl.

Em relação a amostra de 101 pessoas com DM da mesma unidade de saúde que participou do mutirão de diabetes para identificação de complicações crônicas, 66 (65,35%) eram do sexo feminino, a idade variou entre 28 e 80 anos (média de 55 anos), sendo que a maior parte da amostra se encontrava na faixa etária acima de 66 anos (41,58%) e de 56 a 65 anos (32,67%).

A prevalência de Retinopatia Diabética foi de 33,66% (34). Dos pacientes com RD: 38,23% dos olhos avaliados apresentavam a forma não proliferativa leve; 29,41%, a forma não proliferativa moderada; 9,37%, a forma não proliferativa severa; 2,94%, a forma não proliferativa estágio pós-laser, 11,76% a forma proliferativa e 2,94% a forma proliferativa pós laser. A prevalência de indicação de tratamento com fotocoagulação a laser devido a RD foi de 29,41%.

Em relação as alterações nos exames dos pés observaram-se que 48,51% (49) apresentaram insensibilidade nos pés ao teste com o monofilamento (correspondendo a neuropatia sensitiva protetora plantar); 21,78% (22) tinham história de úlcera passada e atual (representando o risco maior com avaliações e intervenções mensais); 17,82% (18) apresentaram deformidades nos pés (correspondendo ao risco de grau 2, conforme o Consenso Internacional do Pé diabético); 62,38% (63) apresentaram ausência ou diminuição dos pulsos tibial posterior e pedioso (indicativo de doença vascular periférica). A maioria dos pacientes possuía micoses nos pés 48,51% (patologia não-ulcerativa tornando-se porta de entrada para lesão nos pés e infecção, aumentando o risco de amputação), sendo que 81,19% usavam calçados inadequados (causa de trauma e lesão nos pés, por ausência de sensibilidade).

Além das ações apresentadas, o projeto também desenvolveu na campanha do novembro Azul, trabalhando em parceria com a ONG Unidos pelo Diabetes e um Hospital de Olhos Referência para a cidade. O Projeto atua junto a essa campanha sendo responsável pela Equipe do Exame dos Pés, com o objetivo de identificar fatores predisponentes para o desenvolvimento do pé diabético, bem como auxiliar na entrada do cliente na rede de cuidados do município.

O programa HIPERDIA foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2002, no Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do

trabalho de atenção à saúde. Segundo PEREIRA (2013), a otimização da cobertura do programa HIPERDIA deve, ao longo dos anos, resultar em melhorias significativas na qualidade de vida da população, na sua morbimortalidade e no sistema de saúde brasileiro. Diante do exposto, entende-se que capacitar a rede, principalmente mantendo a equipe de Enfermagem atualizada acerca das condutas indispensáveis na consulta também é uma forma de promover saúde. (PEREIRA, 2013)

Assim, com base nas atividades desenvolvidas, identificou-se a população de risco para o desenvolvimento do diabetes; houve interação com a equipe das Unidades de Saúde da Família de maneira interdisciplinar; reconheceu-se as complicações crônicas do diabetes (pé diabético, retinopatia, neuropatia); realizou-se o manejo clínico do diabetes através da realização de consultas, e definição de condutas terapêuticas apropriadas; realizou-se capacitação com os profissionais de saúde para o manejo do diabetes mellitus, principalmente com a equipe de Enfermagem da atenção primária do município, visando implementar de fato uma consulta de HIPERDIA com enfoque na prevenção das complicações crônicas e da adesão ao tratamento de maneira contínua, além de capacitações com os agentes comunitários de saúde que constituem o principal elo entre a comunidade e as Unidades; realizou-se também ações de educação em saúde com o paciente e família.

No estudo onde avaliou-se conhecimento e enfrentamento da doença das pessoas com diabetes e seu familiar-cuidador, verificou-se que após a comparação do conhecimento do familiar com o da pessoa com a referida patologia, percebeu-se que a insuficiência de conhecimento acerca do diabetes foi significativa para ambos, o que concorda com estudos que relatam que a falta de conhecimento do familiar dificulta o controle metabólico da pessoa com DM, já que a família assume grande parcela do cuidado e é influenciadora das ações, sendo assim.

Percebeu-se também, que o processo de enfrentamento do diabetes está diretamente relacionado com a compreensão do familiar sobre a sua representatividade na vida da pessoa com DM, já que à medida que o familiar cuidador compreende a importância da sua participação no processo de tratamento, oferecendo apoio e motivação para aceitação da doença e adesão às modificações no estilo de vida, haverá uma mudança menos sofrida da dinâmica familiar, e conseqüentemente, melhora da qualidade de vida para ambos.

Foi realizado também capacitação dos enfermeiros da atenção básica com construção coletiva de um protocolo de consulta de enfermagem a pessoas com DM, bem como treinamento teórico e prático para exame dos pés. Ocorrerão capacitação para os agentes comunitários de saúde divididos por módulo assistencial totalizando cerca de 400 ACS treinados para orientar as pessoas com DM no domicílio e relação aos cuidados com hipoglicemia e hiperglicemia, cuidados com o corpo e os dentes,



cuidados com os pés, uso, armazenamento e transporte de insulina, monitoramento de glicemia capilar em domicílio e orientações com alimentação.

Mediante as intervenções realizadas acredita-se que os resultados foram satisfatórios pois, houve um fortalecimento do vínculo cliente, equipe da unidade de Estratégia de Saúde da Família -ESF e integrantes do projeto Rede de Cuidados em Diabetes. Notou-se fortalecimento da atenção básica, implantação de ações de promoção a saúde da população com diabetes, consolidação da linha de cuidado do adulto diabético, implantação de ações de promoção a saúde da população em geral e de risco.

Nessa perspectiva, através das atividades desenvolvidas ao longo do período, nota-se que o projeto de Extensão contribuiu de maneira positiva e eficaz para o desenvolvimento discente, sendo capaz de fomentar o eixo integrador ensino, pesquisa e extensão, além de aprimorar o elo assistencial e humanizado.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de ações relatadas pelo Projeto durante este estudo certamente trouxe benefícios significativos na vida dos indivíduos acometidos com o Diabetes. Espera-se que se tenha contribuído de maneira positiva no acompanhamento do usuário com DM e dos profissionais parceiros do Projeto nas Unidades de ESF.

Por meio das intervenções realizadas pela Extensão torna-se possível proporcionar subsídios para controle dos fatores de risco dos usuários, bem como estimular o autocuidado e minimizar possíveis complicações, além de ser um meio de sanar dúvidas, compartilhar conhecimentos, esboçar angústias e anseios. A vivência constante no campo de trabalho une a universidade da comunidade, atendendo, quando é possível, as solicitações e estabelecendo um eixo integrador com a população e rede básica.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

MOITA, F. M. G. S. C; ANDRADE, F. C. B; Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. **Revista Brasileira de Educação**, v.14, n.41, mai. / ago., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v14n41/v14n41a06.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2019

MOURA, K. L. M. et al. Estilo de vida e autopercepção em saúde no controle do Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Ciênc. Méd. Biol.** v. 18, n. 1, p. 52-60, jan./abr. 2019. Disponível em: <<https://www.politicasculturaisemrevista.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/28426/19149>>. Acesso em: 09 out. 2019

PEREIRA, T.S. **Contribuições do Hiperdia no controle dos pacientes hipertensos.** 2013. 47f. Trabalho de conclusão de curso. Curso de Especialização em Atenção básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013

RODRIGUES, A. L. L. et al. Contribuições da Extensão Universitária na sociedade. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**, v. 1, n.16, p. 141- 8, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/494/254>>. Acesso em: 09 out. 2019

ROCHA, R. M. et al. Identificação de risco de lesão por pressão em indivíduos hospitalizados: uma experiência extensionista. **Revista Focando a Extensão**, v. 5, n. 7, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.uesc.br/index.php/extensao/article/download/1907/1451>>. Acesso em: 09 out. 2019

## CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 19/12/2019

### Maira Amorim da Costa

Hospital Misericórdia de Santos Dumont. Santos Dumont - Minas Gerais

### Roberta Teixeira Prado

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora - Minas Gerais

### Jussara Regina Martins

Escola de Enfermagem Anna Nery- EEAN – UFRJ Juiz de Fora - Minas Gerais

### Lairana Dineli Pacheco dos Santos

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora - Minas Gerais

**RESUMO:** O objetivo do estudo compreender se a equipe de Enfermagem empreende uma prática efetiva e humanizada frente ao processo de morrer e a morte. Trata-se de uma revisão de literatura, tendo como resultados de 13 artigos pesquisados. A Unidade de Terapia Intensa (UTI) é o setor hospitalar voltada para o atendimento de pacientes graves e que apresentam maior risco de piora do quadro clínico. Ela conta com profissionais qualificados em tempo integral, além de recursos tecnológicos avançados. É um setor que investe na recuperação e controle da enfermidade. No entanto, em alguns casos os pacientes apresentam doenças em estágios avançados que ameaçam a continuidade

da vida e acarretarão a sua morte. Neste contexto, os cuidados paliativos e curativos se complementam para dar apoio aos pacientes e familiares durante o processo de adoecimento e terminalidade da vida. Os profissionais de Enfermagem passam a maior parte do tempo com os pacientes na UTI, devendo estar aptos para desenvolver atitudes que confortem, respeitem e atendam às necessidades de cada paciente e familiares envolvidos nesse processo. A falta de preparo para enfrentar situações de comunicação e suporte aos pacientes e familiares diante da terminalidade da vida provoca prejuízo na relação profissional de saúde-paciente- familiares, sendo necessários mais investimentos nessa área, desde a formação profissional até educação permanente dos trabalhadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos. Morte. Profissional de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

### PALLIATIVE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT: LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** The objective of the study is to understand if the nursing team undertakes an effective and humanized practice in the face of the process of dying and death. This is a literature review, resulting in 13 articles searched. The Intense Therapy Unit (ICU) is the

hospital sector focused on the care of critically ill patients who are at greater risk of worsening clinical condition. It has qualified full time professionals as well as advanced technological resources. It is a sector that invests in the recovery and control of the disease. However, in some cases patients have advanced disease that threatens the continuity of life and will result in death. In this context, palliative and curative care complement each other to support patients and families during the process of illness and terminal life. Nursing professionals spend most of their time with ICU patients and should be able to develop attitudes that comfort, respect and meet the needs of each patient and family involved in this process. The lack of preparation to face situations of communication and support to patients and their families in view of the terminality of life causes damage in the health-patient-family professional relationship, requiring more investments in this area, from vocational training to permanent education of workers.

**KEYWORDS:** Palliative care. Death. Nursing Professional. Intensive care unit.

## 1 | INTRODUÇÃO

Atualmente no contexto em que a sociedade se apresenta a boa morte e o morrer vêm sofrendo alterações. Antes do surgimento da medicina e da ciência moderna, na cultura do ocidente, uma boa morte estava ligada à religião, “estar em paz” com Deus, juntamente a familiares e amigos. Tendo a concepção que suportando a dor, era tido como sacrifício para a salvação, o cuidado médico era deixado para segundo plano (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2014).

Após o surgimento das ciências médicas ocorreram transformações em relação à boa morte. Muitas doenças que eram tidas como causas de morte, foram percebidas como evitáveis, com isso passou a ser prevenidas. Com isso, a morte não era vista como algo gradual, o indivíduo era levado para um hospital, e acontecia de modo imprevisível, como erro médico (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2014). Com essa mudança, profissionais da saúde, enfrentam a morte com algo preocupante e não como um processo natural. Ela é vista como fracasso, falha e são utilizadas diversas formas para evitar a dor, o sofrimento e impedir a morte (VICENSI, 2016).

Vicensi (2016), relata que no decorrer do século XX, pessoas com doenças graves, sem cura, eram isolados da sociedade, sem condições de conforto, higiene. A morte que estava chegando, era vista como algo contagioso, o que fazia com que profissionais da saúde, não tinham a convivência necessária com doentes e familiares.

A morte e o morrer são assuntos que incomodam a maioria das pessoas, inclusive profissionais da área da saúde. Nenhuma pessoa está ilesa do processo do fim da vida, ele é inevitável. No momento que há essa chance decorrente de uma doença, o qual é necessário à pessoa manter-se por um tempo curto ou duradouro com o auxílio de medicações, serviço de profissionais de saúde constante, é um

processo difícil, mesmo para pessoas mais vividas e até mesmo para trabalhadores da área. O local que se tem maior compreensão do processo de morrer, relação entre paciente, familiares e profissional de saúde é na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (VICENSI, 2016).

A UTI é o local que atende pacientes críticos e que apresentem maior risco de agravos à saúde, que necessitam de atendimento de qualificados em tempo integral, além de recursos tecnológicos avançados, conseguindo, muitas vezes, “salvar vidas”, o que não acontecia há pouco tempo (PESSINI, 2016).

Neste setor geralmente se busca recuperação, continuidade da vida, através do controle da enfermidade. Em diversas situações a enfermidade está tão avançada, que o atendimento dos profissionais, equipamentos e recursos já são insuficientes e a morte se torna presente na UTI (SILVA; MENEZES, 2014). Nessa fase é primordial um diagnóstico, pois assim prepararia o paciente e a família para a morte (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Os Cuidados Paliativos (CP) envolvem cuidados em situações que a doença não tem possibilidades de cura, beneficiando o paciente e família. Os CP têm por objetivos: diminuição da dor, fraqueza, falta de ar, falta de apetite, mostrar que a vida e a morte são processos naturais, não acelerar ou atrasar a morte, dar apoio à família, dentre outros (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Os profissionais precisam estar atentos com essa demanda, pois é um processo difícil para paciente e família, no qual a humanização da assistência é imperiosa. A atenção de uma equipe multiprofissional é necessária, buscando diminuir o sofrimento, físico e emocional, negação sobre o fim da vida e impotência diante da doença (SILVA et al., 2013).

Braz e Franco (2017), afirmam que CP devem ser utilizados após o diagnóstico da doença agregado ao cuidado curativo, e não somente quando a doença não tiver mais possibilidade de cura. Relatam que CP está na melhor forma de conversar, dividir e na tomada de decisão juntamente com a família e paciente, com esse cuidado é possível à equipe perceber medos, preocupações, e auxiliar no enfrentamento.

Silva e Menezes (2014), informam que entre a equipe de saúde ocorrem controvérsias em situações que o paciente sem possibilidade de cura da enfermidade apresenta uma Parada Cardiorrespiratória (PCR) e o médico plantonista decide investir, realizando manobras de reanimação no paciente que já fora avaliado como não tendo indicação de utilizar recursos para prolongar a vida e sim, para seu conforto. Isso destaca que a morte para o médico e hospital são percebidas como frustração.

Desse modo o presente estudo visa compreender se a equipe de Enfermagem empreende uma prática efetiva e humanizada frente ao processo de morrer e a morte, permitindo que exponham seus anseios e medos, assim buscando planejamento de

um atendimento de qualidade, respeito e apoio a esses pacientes e familiares.

## 2 | MÉTODO

Revisão da literatura que tem como propósito unir e resumir resultados de pesquisas, o que irá colaborar para melhor entendimento do tema. Foram seguidas as seguintes fases para elaboração da revisão de literatura: critérios de inclusão e exclusão dos artigos, quais seriam as informações extraídas dos artigos selecionados, análise, interpretação dos dados e avaliação dos resultados. A consulta de artigos foram realizadas em publicados nacionais na Biblioteca Virtual em Saúde (MEDLINE/BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), utilizando os Descritores em Ciências da saúde (DeCS) previamente testados: Cuidados paliativos; Unidade de Terapia Intensiva; profissionais da saúde e morte.

Foram cruzados os seguintes descritores: Unidade de Terapia Intensiva and morte and cuidados paliativos, cuidados paliativos and profissionais da saúde and Unidade de Terapia Intensiva.

Participaram da pesquisa artigos que atenderam os critérios de inclusão: presença dos descritores em título ou resumo, artigos na íntegra, presentes na internet, idioma em português ou inglês, originárias do Brasil e publicadas no período de 2012 a 2017. Excluídos os artigos que não possuíam os descritores citados acima, que não abordaram o cuidado em UTI, perfil do paciente adulto ou que não atenderam o objetivo do estudo e publicações anteriores ao ano de 2012.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o cruzamento, foi realizada leitura dos resumos com objetivo de identificar afinidade com o conteúdo do estudo. Foram selecionados 20 artigos, que foram lidos na íntegra para nova verificação de critérios de inclusão, restando 13 artigos selecionados na amostra, que atenderam a questão norteadora. Foi realizada avaliação dos mesmos, agrupamento e análise dos dados, seguindo um instrumento elaborado pelas autoras.



| Autores  | Título  | Ano  |
|--|---|------|
| MENDONÇA A. C. A., MOREIRA M. C., CARVALHO V.  | Cancer palliative care in an intensive care unit: a scientific production study of Nursing.                 | 2012 |
| BARROS N. C. B., ALVES E. R. P., OLIVEIRA C. D. B., DIAS M. D., FRANÇA I. S. X., FREIRE M. E. M. | Palliative care in the UTI: Nurses' understanding   | 2013 |
| SILVA F., SOUZA D. M., PEDREIRA L. C., SANTOS M. R., FAUSTINO T. N.                              | Perceptions of the multi-professional team on the implementation of palliative care in intensive care units | 2013 |
| SILVA N. R., MENEZES R. A.   | "Se parar, parou": categorização do morrer em uma Unidade de Terapia Intensiva da cidade do Rio de Janeiro  | 2014 |
| SILVA R. S., PEREIRA A., MUSSI F. C.   | Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care                                     | 2015 |
| COSTA A.P., POLES K., SILVA A. E.  | Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem                             | 2016 |
| PESSINI L.   | Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha  | 2016 |
| SILVA R. S., EVANGELISTA C. L. S., SANTOS R. D., PAIXÃO G. P. N., MARINHO C. L. A., LIRA G.G.    | Perception of intensive care nurses in regional hospital on dysthanasia, euthanasia and orthothanasia       | 2016 |
| VINCENSI M. C.   | Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional                                     | 2016 |
| BRAZ M. S., FRANCO M. H. P.  | Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado                            | 2017 |
| FARIA T. N. T., CARBOGIM F. C., ALVES K. R., TOLEDO L. V., MARQUES D. A.                         | Palliative care in an intensive therapy unit: Perceptions of nursing professionals                          | 2017 |
| SANTANA J. C. B., DUTRA B. S., CARLOS J. M. M., BARROS J. K. A.                                  | Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros                                    | 2017 |
| SANTOS D. C. L., SILVA M. M., MOREIRA M. C., ZEPEDA K. G. M., GASPAS R. B.                       | Care planning for patients receiving palliative care in an oncology intensive care unit                     | 2017 |

Tabela 1 – Identificação dos Artigos Científicos utilizados neste estudo

De acordo com o presente estudo pode-se observar que os autores Costa, Poles e Silva (2016), CP e curativos complementam-se para dar apoio ao paciente durante seu processo de adoecimento, bem como durante seu processo de morrer, sendo este último parte natural do viver. Observou-se que os profissionais de saúde apresentam dificuldades neste momento em se comunicar e proporcionar um suporte aos pacientes acarretando grande prejuízo na relação profissional de saúde-paciente.

Nessa perspectiva Mendonça, Moreira e Carvalho (2012), afirmam que o Conselho Internacional das Enfermeiras estabelece a atenção paliativa como uma questão atual e de interesse social no âmbito da saúde e, numa perspectiva internacional da profissão, estabelece que a atuação dos enfermeiros nesse contexto

seja fundamental, considerando as possibilidades de ajuda para aliviar o sofrimento humano e proporcionar qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, mediante a uma pronta avaliação, identificação e controle da dor e das necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais.

Além das competências técnico-científicas inerentes à Enfermagem, o profissional deve estar apto ao desenvolvimento de comportamentos e atitudes, como compreensão da finitude, empatia, respeito à dignidade humana e habilidade para lidar com crises (Faria et al., 2017). O enfermeiro deve reconhecer quando uma pessoa se encontra em fase terminal e, juntamente com a família do paciente, estabelecer precocemente contato, garantindo a continuidade e, não se restringindo aos aspectos físicos dos cuidados (Barros et. al., 2013).

Dessa forma, como destacam Faria e colaboradores (2017), na medida em que busca minimizar os efeitos de uma situação fisiológica desfavorável, o profissional de Enfermagem ampara, acolhe e defende a autonomia do paciente, permitindo junto ao paciente e os familiares enfrentem essa fase da vida, dispondo de estratégias e recursos pertinentes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo Cuidados Paliativos refere-se a exclusão ou redução da dor e sofrimento. Sendo estabelecida como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, com ações ativas e integrais prestadas aos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras a vida. Os CP devem reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente e seus familiares a se adaptarem às mudanças de vida impostas pela doença, bem como promover a reflexão necessária para o enfrentamento da condição irreversível e/ou possibilidade de morte (Mendonça, Moreira e Carvalho 2012; Barros et. al.,2013; Silva, Pereira e Mussi 2015; Costa, Poles e Silva 2016; Pessini 2016; Faria et al.,2017). Faria e colaboradores (2017), afirmam que o foco da atenção não deve ser a doença a ser curada ou controlada, mas o indivíduo, ser ativo, com direito à informação e com autonomia, quando possível, para decidir a respeito de seu tratamento. Assim, a prática desejável de CP, sempre almeja excelência da assistência e prevenção do sofrimento.

Entre os princípios dos CP de acordo com Costa, Poles e Silva (2016), estão: fornecer alívio para dor, astenia, inapetência, dispneia, reafirmar a vida e a morte como processos naturais; não apressar ou adiar a morte; utilizar da multidisciplinaridade para sanar as necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

O cuidado em saúde é central no processo de trabalho da Enfermagem, que são os profissionais que estão nos hospitais 24 horas do dia junto ao paciente e são aqueles que mais, frequentemente, realizam as práticas de cuidar tendo, portanto, a oportunidade de atuar com ações voltadas para promoção, proteção e

recuperação da saúde e as necessidades face o processo de morte/morrer. (Silva, Pereira e Mussi 2015).

Vale ressaltar as UTI's, que foram criadas a partir do reconhecimento, por parte da equipe de Enfermagem, da importância de controle e vigilância sobre doentes graves, em situação de risco de vida são definidas como unidades hospitalares de cuidado da vida humana em situações críticas que apresentam grande complexidade e dramaticidade, porém com probabilidade de sobrevivência e recuperação (Silva e Menezes 2014, Pessini 2016; Santos et al. 2017).

No processo de CP, o modelo de assistência geralmente adotado nestas unidades, atende às diversas necessidades do paciente, independente da fase de vida em que ele se encontra, sendo que a comunicação, a orientação e o treinamento devem permear as ações dos profissionais, favorecendo o cuidado prestado aos pacientes e família, com vista a melhores resultados (Faria et al.,2017).

Barros e colaboradores (2013), relatam que não há dúvida sobre a importância dos CP nas UTI's, cuidados esses que podem levar à diminuição do tempo de internação e a melhor qualidade do atendimento nesses setores.

Em busca dessa qualidade, os profissionais da saúde devem voltar a atenção para o cuidado do paciente. Cada segundo com o mesmo em fase final de vida deve ser utilizado em prol do seu conforto e, quando se consegue isto, o sentimento onipresente é o de gratificação por se estar praticando o bem e proporcionando dignidade aos pacientes (Costa, Poles e Silva 2016).

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os últimos dias de vida na UTI não é aceito muita das vezes pela família que solicita investimento na preservação da vida, entendendo a morte como um fracasso, buscando tratamentos e investimentos desmedidos, proporcionando dor e sofrimento, especialmente aos pacientes.

Quando o fim da vida é aceito, a melhor opção é a promoção de CP, permitindo um processo de morrer e morte dignos, sem sofrimentos, buscando conforto e participação da família. Para tanto, se faz necessária uma comunicação efetiva entre os sujeitos sociais envolvidos- equipe, pacientes e seus familiares. Também, deve-se ter cautela nas tomadas de decisões e precisam ser proporcionados cuidados integrais e éticos.

A equipe de Enfermagem intensivista, muitas vezes, compreende bem o uso de equipamentos e realização de técnicas, porém apresenta dificuldades no enfrentamento do processo de morrer e morte de quem se cuida, sendo preciso investimentos em educação permanente e até mesmo em cursos técnicos e graduação, para necessidade de enfrentar essas situações e oferecer o melhor

cuidado para paciente e família.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, N. C. B. et al. **Palliative care in the UTI: Nurses' understanding.** Pesq.: cuid. Fundam, v. 5, nº 1, 3293-01, Jan/Mar, 2013.
- BRAZ, M. S.; FRANCO M. H. P. **Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37 nº1, 90-105, Jan/Mar, 2017.
- COSTA, A.P.; POLES, K.; SILVA, A. E. **Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem.** Interface: comunicação, saúde, educação, v. 20, nº 59, 1041-1052, 2016.
- FARIA, T. N. T. et al. **Palliative care in an intensive therapy unit: Perceptions of nursing professionals.** Rev enferm UFPE, v.11, nº 5, 1996-2002, Maio 2017.
- MENDONÇA, A. C. A.; MOREIRA, M. C.; CARVALHO, V. **Cancer palliative care in an intensive care unit: a scientific production study of Nursing.** Esc Anna Nery, v. 16, nº 4, 817-823, Out/Dez, 2012.
- PESSINI, L. **Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha.** Rev. bioét., v. 24, nº1, 54-63, 2016.
- SANTANA, J. C. B. et al. **Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros.** Rev. bioét., v. 25, nº1, 158-67, 2017.
- SANTOS, D. C. L. et al. **Care planning for patients receiving palliative care in an oncology intensive care unit.** Acta Paul Enferm, v. 30 nº 3, 295-300, 2017.
- SILVA, R. S. et al. **Perception of intensive care nurses in regional hospital on dysthanasia, euthanasia and orthothanasia.** Rev. bioét., v. 24, nº 3, 579-89, 2016.
- SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; MUSSI, F. C. **Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care.** Esc Anna Nery, v.19, nº1, 40-46, 2015.
- SILVA, N. R.; MENEZES R. A. **“Se parar, parou”: categorização do morrer em uma Unidade de Terapia Intensiva da cidade do Rio de Janeiro.** Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 25, nº 1, 265-285, 2015.
- SILVA, C. F., et al. **Perceptions of the multi-professional team on the implementation of palliative care in intensive care units.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, nº 9, 2597-2604, 2013.
- VINCENSI, M. C. Reflexão **sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional.** Rev. bioét., v. 24, nº1, 64-72, 2016.

## CUIDANDO DA SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 19/12/2019

Data de submissão: 14/10/2019

### **Karina Cerqueira Soares**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento Ciências da Saúde (DCSAU)  
Itabuna - BA.  
<http://lattes.cnpq.br/9490680585056337>

### **Mateus Oliveira Alves**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento Ciências da Saúde (DCSAU)  
Itabuna - BA.  
<http://lattes.cnpq.br/5667410297359745>

### **Roseanne Montargil Rocha**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento Ciências da Saúde (DCSAU)  
Itabuna – BA  
<http://lattes.cnpq.br/8084297326292440>

### **Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento Ciências da Saúde (DCSAU)  
Itabuna - BA.  
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

### **Taã Pereira da Cruz Santos**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus – BA  
<http://lattes.cnpq.br/8946021449094121>

### **Isabel Priscilla dos Santos Guevara**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento Ciências da Saúde (DCSAU)  
Itabuna – BA

### **Beatriz dos Santos Andrade**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus – BA  
<http://lattes.cnpq.br/1793485275934876>

### **Isabella Ramos dos Santos**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento Ciências da Saúde (DCSAU)  
Ilhéus – BA  
<http://lattes.cnpq.br/1100917502662734>

### **Tamiles Costa Ribeiro**

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),  
Departamento Ciências da Saúde (DCSAU)  
Itabuna – BA  
<http://lattes.cnpq.br/7762333160610928>

**RESUMO:** Trata-se de um relato de experiência a partir da ação itinerante do projeto de Extensão Universitária do Núcleo de Estomoterapia da Universidade Estadual de Santa Cruz (NUET) com pessoas em situação de rua. O objetivo geral é relatar as vivências interdisciplinares dos discentes nas atividades desenvolvidas no projeto de extensão universitária. Os objetivos específicos são: descrever as reflexões realizadas durante interação com pessoas em situação de rua; relatar os sentimentos que emergiram durante as vivências interdisciplinares no projeto de extensão ao lidar com pessoas situação de rua e descrever qual a relevância dos conhecimentos adquiridos para

o processo de trabalho como futuro enfermeiro. Para isso foi adotada a metodologia de observação sistemática para a elaboração do relato. Dessa observação e comparando com a literatura foram levantadas as seguintes categorias: relevância dos conhecimentos adquiridos para o processo de trabalho do enfermeiro; valorização da subjetividade e o cuidar como solidário e criativo e sentimentos emergidos. Concluiu-se que o cuidado rompe com os limites de procedimentos técnicos e orientações, mas que devem permear os conceitos de integralidade do cuidado e corresponsabilização, ou seja, permeia também as relações existentes entre teoria e prática, interações entre pessoa e ambiente, respostas humanas e vínculos pessoais/profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pessoas em situação de rua; Cuidados de enfermagem; Saúde holística.

## CARING FOR THE HEALTH OF PEOPLE IN THE STREET: AN EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** This is an experience report from the itinerant action of the University Extension project of the Stoma Therapy Center of the Santa Cruz State University (NUET) with homeless people. The general objective is to report the interdisciplinary experiences of students in the activities developed in the university extension project. The specific objectives are: to describe the reflections made during interaction with homeless people; report the feelings that emerged during the interdisciplinary experiences in the extension project when dealing with homeless people and describe the relevance of the knowledge acquired for the work process as a future nurse. For this, the systematic observation methodology was adopted for the elaboration of the report. From this observation and comparing with the literature, the following categories were raised: relevance of the acquired knowledge to the nurse's work process; appreciation of subjectivity and caring as supportive and creative and feelings emerged. It was concluded that care breaks with the limits of technical procedures and guidelines, but should permeate the concepts of integrality of care and co-responsibility, that is, it also permeates the existing relations between theory and practice, interactions between person and environment, human responses. and personal / professional bonds.

**KEYWORDS:** Homeless people; Nursing care; Holistic health.

### 1 | INTRODUÇÃO

O processo de formação profissional requer dedicação, compromisso e acima de tudo um olhar global sobre o indivíduo cuidado de modo, a abarcar o máximo conhecimento e bagagem construída durante a graduação para que futuramente, como profissional, possa disponibilizar seus cuidados para o outro de forma integrada e humana construindo assim uma intervenção holística.

A Universidade pública entende que o processo da formação profissional é pautado no tripé ensino, pesquisa e extensão, perpassando pela inovação



tecnológica. Dessa maneira, a Universidade ultrapassa seus muros e se aproxima das necessidades da comunidade, contribuindo para a construção de uma população proativa em seu processo de construção humana, social, intelectual, profissional e acima de tudo cidadã.

Esse relato de experiência parte das ações extensionistas do Núcleo de Estomoterapia da UESC - NUET em cuidados com pessoas em situação de rua, de modo a aplicar os conhecimentos adquiridos durante a graduação com ênfase na interdisciplinaridade.

Nesse sentido, podemos concordar com o que diz Judith Wilkinson que, a enfermagem é uma prática na qual os enfermeiros precisam desenvolver e pôr em prática seu conhecimento de modo a não apenas memorizar e reproduzir fatos, mas ser reflexivo, crítico acerca da complexidade humana e suas respostas. Sendo reflexivo, o enfermeiro consegue levar em consideração a subjetividade humana para ter condições para o melhor desenvolvimento dos métodos.

As pessoas em situação de rua são muitas vezes estigmatizadas e discriminadas por ocupar um espaço em que a sociedade quer ver como limpo e livre como nos espaços privados. Entretanto, Gregori (2000) vai dizer que a rua é também um espaço que pode ser ocupado, fazendo com que uma ressignificação aconteça mesmo em passos lentos. Para isso surge em 2008 a Política Nacional para Inclusão da população em Situação de Rua na intenção de, respondendo a esforços, voltar os olhares para esse grupo, o qual possui muitas particularidades.

Uma única definição é de difícil alcance, como é citado pelo Ministério da Saúde, em sua cartilha Saúde da população em Situação de Rua o qual se vale do conceito contido na política de que “considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou para moradia provisória”.(BRASIL, 2014).

O recorte do objeto do relato é sobre as Vivências Interdisciplinares no cenário da extensão universitária, que tem como proposta possibilitar ao acadêmico de enfermagem canalizar a construção do conhecimento de modo integrado para a resolução de problemas na prática profissional e a lidar com catarse durante as vivências acadêmicas. Vale ressaltar inclusive a importância em permitir ao acadêmico refletir sobre sua responsabilidade social no período enquanto estudante e num futuro próximo como profissional.

As seguintes questões norteadoras direcionaram essa experiência: Quais reflexões foram realizadas durante interação com pessoas em situação de rua?

Que sentimentos emergiram durante as vivências interdisciplinares no projeto de extensão ao lidar com pessoas em situação de rua? Qual a relevância dos conhecimentos adquiridos para o processo de trabalho como futuro enfermeiro?

O presente relato de experiência buscou alcançar o seguinte objetivo geral: Relatar as vivências interdisciplinares de discentes do curso de graduação em Enfermagem nas atividades desenvolvidas no projeto de extensão universitária NUET com pessoas em situação de rua. E como objetivos específicos: descrever as reflexões realizadas durante interação com pessoas em situação de rua; Relatar os sentimentos que emergiram durante as vivências interdisciplinares no projeto de extensão ao lidar com pessoas em situação de rua e descrever qual a relevância dos conhecimentos adquiridos para o processo de trabalho como futuro enfermeiro.

Dessa forma, considerar a importância em discutir as experiências oportunizadas durante a graduação em enfermagem, é afirmada por colaborar para a prática do raciocínio interdisciplinar que é de grande necessidade para o atual acadêmico, o que, colabora ainda para a consolidação do aprendizado e incentiva a reflexão, criticidade e criatividade que serão fundamentais para um exercício laborativo plenamente eficiente e eficaz frente as necessidades de tornar-se um profissional holístico e hodierno.

## 2 | METODOLOGIA

Este estudo trata do relato de experiência acerca das Vivências Interdisciplinares por meio do projeto de extensão universitária, Núcleo de Estomoterapia da UESC, NUET, desenvolvido por docentes e acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz/UESC, no município de Ilhéus, BA.

O Núcleo de Estomoterapia da UESC é um projeto extensionista de intervenções que desenvolve ações de educação permanente em saúde, assistenciais, de pesquisa, de assessoria e consultoria, de promoção e prevenção a saúde de pessoas com feridas, estomias e incontinências desde a atenção básica, média e alta complexidade até ao processo de reabilitação.

Nesse relato evidenciaremos uma ação itinerante realizada mediante parceria com o projeto Olho da Rua no Município de Itabuna-BA, a pessoas em situação de rua ocorrida aos sábados à tarde, em um espaço privado cedido para realizações de atividades de higiene, alimentação, saúde, recreação e orientação religiosa.

O projeto Olho da Rua é mantido através de doações como roupas, sapatos, cobertores, materiais de higiene pessoal e alimentos. Com isso, tal projeto possui a finalidade de oferecer cuidados de higiene como banho, corte de cabelos e barba, roupas limpas e alimentação para pessoas em situação de rua. O projeto Olho da

Rua contou com uma demanda de pessoas em situação de rua que apresentavam ferimentos recentes ou de caráter crônico, indivíduos sob o efeito de álcool e/ou drogas e em situações diversas que requeriam cuidados a saúde.

Nesse sentido, o projeto de extensão de Estomoterapia adentra nessa rotina a partir da observância da necessidade de cuidados com feridas, consultas de enfermagem e orientações em saúde visto que é um público suscetível a problemas de saúde a níveis diversos.

Diante do exposto e com intuito de atender aos objetivos propostos para esse relato concorda-se com Dyniewicz (2014) que aborda o relato de experiências como um método que consiste na observação sistemática visando promover o diálogo entre as evidências emergentes da realidade e arcabouços teóricos.

A estratégia para coleta de dados foi através do registro sistemático das vivências, em formato de Diário de Campo individual ao longo do semestre, norteado por um roteiro. Em seguida, para análise dos dados foi feita uma leitura completa de todos os diários de campo individuais buscando identificar pontos que respondiam às questões norteadoras e, por conseguinte, aos objetivos do relato.

Os resultados foram apresentados em três categorias de forma a responder aos objetivos do relato.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No decorrer das vivências, foram atendidas no stand de enfermagem 57 pessoas em situação de rua. Desse total, 20 pessoas foram atendidas em uma feira de saúde promovida no local do projeto. Tanto o stand quanto a feira de saúde foram programados para receber pessoas que se sentissem à vontade em ir ser atendido por demanda livre e espontânea. Durante o projeto, as pessoas que apresentaram feridas ou problema de saúde, eram orientadas a irem ao stand de enfermagem, sendo tal atitude tomada por aqueles que se sentiam confortáveis. Foi possível vivenciar a grande demanda das pessoas em situação de rua do sexo masculino adulto jovem, sendo em sua maioria usuários de álcool e outras drogas. Dentre os cuidados de saúde ofertados constavam aferição de Tensão arterial, teste rápido de glicose, realização de curativos e orientações em relação a cuidados com o corpo, saúde bucal, vacinação, uso de preservativos, controle da tensão arterial e sensibilização quanto ao consumo de álcool e outras drogas no sentido de evitar ou minimizar.

A partir da necessidade da pessoa em situação de rua atendida, houve o suprimento de materiais para a realização dos curativos como placa de hidrocolóide, gel alginato de cálcio para aplicação nos leitos das feridas bem como soro fisiológico e gaze para irrigação e proteção dos ferimentos com as devidas orientações de uso.

Com isso, foi viabilizado o desenvolvimento de habilidades técnicas.

Durante as vivências emergiram três categorias aos quais foram denominadas: **3.1** Reflexão sobre a relevância dos conhecimentos adquiridos para o processo de trabalho do enfermeiro, **3.2** valorização da subjetividade e o cuidar como solidário e criativo e **3.3** sentimentos emergidos da vivência.

### **3.1 Reflexão sobre a relevância dos conhecimentos adquiridos para o processo de trabalho do enfermeiro**

Os transtornos mentais parecem acometer a grande maioria das pessoas que vivem em situação de rua. Nesse sentido, tal vivência nos levou a refletir sobre a complexidade que envolve os atendimentos relacionados a saúde mental e principalmente quando associada ao uso abusivo de álcool e de medicações controladas. Com isso, observa-se a necessidade de orientação visto que, o uso prejudicial de álcool e/ou drogas, secundário à condição clínica de transtorno mental o que expõe o mesmo ao risco de possíveis complicações devido as interações entre álcool/drogas e os psicofármacos, segundo Wannmacher (2007), pode apresentar sinergismos com álcool, conduzindo para o aprofundando da depressão central.

Vale ressaltar, que de acordo com o aporte teórico apresentado nos conteúdos sobre saúde mental, aponta para a necessidade do portador de doença mental fazer acompanhamento com uso de terapias combinadas e não somente de terapia medicamentos, como acontece em muitos casos.

Em vários momentos eles citam a frequência ao CAPS, principalmente quando foram perguntados sobre consulta médica e rotina semanal. Percebemos então a relação estável entre a situação que se encontram e o serviço prestado pois em nenhum momento percebemos agressividade ou aversão na fala em relação ao serviço.

Durante as intervenções, por meio da aferição da pressão arterial aos sábados ainda é possível perceber valores pressóricos elevados ou limítrofes e edemas em MMII. Além do mais, fatores de risco para elevação da pressão arterial como o consumo crônico e elevado de álcool de forma consistente estavam maciçamente presentes, sendo esses fatores apontados pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) como de risco. Diante dessas demandas, foram orientados a procurarem a unidade de saúde próxima à localidade em que tal pessoa costumava ficar.

Baseando-se com esses achados clínicos, relacionado ao diagnóstico de diabetes pode-se concordar com Caiafa, et al (2011) ao ressaltarem para a necessidade em realizar a avaliação vascular periférica em todos os diabéticos para estadiamento e classificação do risco, através da análise da aparência e simetria dos membros inferiores; palidez à elevação do membro e hiperemia reativa

na posição pendente; ausência dos pulsos periféricos: femorais, poplíteos, tibiais posteriores e dorsais dos pés.

Dessa forma, pode-se observar que a maioria dos fatores de risco para um possível desenvolvimento de complicações por diabetes são evidentes, como ser da cor negra, maior de 60 anos, pulso tibiais posteriores ausentes e onicomicose.

Dentre as inúmeras problemáticas enfrentadas, percebemos o quão difícil é para esses cidadãos em situação de rua estabelecer vínculos com uma Unidade de Saúde da Família devido a grande rotatividade de estadia e a ausência de estruturação do sistema em acolher e acompanhar esse grupo de pessoas.

Bettinelli e Erdmann (1998) traz o cuidado solidário como resultado de uma construção diária que envolve o compromisso permanente e contínuo com a vida que pode estar em situações de desequilíbrio. Diante dessa situação, o papel a ser desenvolvido é o de procurar reestabelecer o equilíbrio da saúde do indivíduo/coletividade, por meio do cuidado sustentado pela solidariedade humana, valorizando o afeto, sentimentos e entreaajuda.

Sendo assim, podemos inferir que dominar técnicas de um cuidado criativo e solidário é tão importante quanto ter competências e habilidades ao realizar qualquer procedimento técnico.

Conseguir relacionar os conhecimentos desenvolvidos em sala de aula na comunidade é passo importante e que requer sensibilidade, pois esse cenário de prática é vivo e dinâmico, o que exige construção de habilidade para detectar as diversas necessidades e respostas humanas. Nesse sentido, tal vivência permitiu consolidar os conteúdos de cada disciplina e principalmente ter uma visão interdisciplinar no decorrer do processo de cuidar o que é um desafio durante o processo de formação.

### **3.2 Valorização da subjetividade e o cuidar como solidário e criativo**

A partir da valorização da subjetividade do outro, no decorrer do evento, percebemos o quanto a atenção é importante para as pessoas e a demonstração disso foi em momentos de emoção pela percepção da maneira como eram tratados: com atenção e cuidado. Ao realizar um curativo, a pessoa expôs que podíamos fazer com força e completou: “a dor pior é a de morar na rua” e “que já passava por tanta coisa que um curativo não precisa ser feito com delicadeza e suavidade”, foi quando informamos que o objetivo não era causar dor, mas sim cuidar.

Também foi possível observar situações de baixa autoestima. Tal vivência leva a refletir que, na verdade, o que mais causava dor e sofrimento não era o ferimento em si, mas a dor subjetiva da rejeição e desprezo por parte dos outros humanos. Com isso refletimos que não se trata esse tipo de resposta humana como se trata

de uma ferida externa, como observamos muitas vezes na visão hospitalocêntrica e dos manicômios, mas sim um cuidado que almeje o desafio em construir espaços de acolhimento e tolerância para com as pessoas que estejam enfrentando situações de desequilíbrios.

Para Alves, et al (2006 apud Bettinelli, 2002, p.27) traz a “solidariedade como entendida como valor, sentimento, reciprocidade, envolvimento, disponibilidade, comportamento responsável, ética de cooperação, trabalho compartilhado, presença, proximidade e dialogicidade”. Para tanto, a ausência do cuidado solidário pode tornar a prática baseada em uma relação de enfermeiro/paciente desgastante, gerando uma assistência de enfermagem que se distancia dos seus princípios que é ser interativa e dinâmica.

Uma assistência prestada baseada no cuidado que valoriza a subjetivo e o ser como holístico, demonstra significativa importância com intuito de atender à necessidade espiritual. Essa atenção foi viabilizada pelos momentos de orações e músicas, onde era perceptível a emoção. Já as músicas pareciam despertar uma certa descontração, alívio, fuga momentânea da realidade em que vivem, pois eles cantam, dançam e sorriem.

Nesse sentido, podemos perceber que o ser humano em situação de rua necessita de cuidados que vão além da oferta de alimento, higiene pessoal, mas sim de contato humano, de atenção, descontração, valorização, escuta e outras tecnologias. Com isso, constatamos que nenhuma outra tecnologia de caráter duro (matéria inanimada), poderá substituir a presença e toque humano, pois estes momentos resumem-se apenas em humanos que cuidam de outros humanos. Na verdade, o cuidado é característico e essencialmente humano, dessa forma, a tecnologia do cuidar deve ser criativa e solidaria.

Durante o processo de comunicação, pudemos experienciar diante do contexto, um sentimento de alto-abandono devido ao uso de drogas e/ou álcool, fato que os levou a escolher como moradia a rua. Toda essa situação os levou a um distanciamento de seus familiares, algo que perceptivelmente os deixam muito tristes e seja o que justifica, talvez, as várias recaídas que eles enfrentam durante as tentativas de abstinência expostas, durante o estabelecimento do diálogo. Galera (2002) diz que a família é um dos principais pilares para a sua reabilitação e reinserção social como sujeito de valor.

Desse modo, a condição de rua e a entrega ao álcool e/ou drogas permite compreender o que diz Mendes (2014), onde a circularidade entre as vivências na rua e o longo histórico de dependência impossibilita o sujeito de viver novos papéis, novas experiências. A complexidade de fatores a serem trabalhados na reabilitação psicossocial é diretamente relacionada à variedade de aspectos existentes na vida de uma pessoa.



Para tanto, através do estabelecimento do processo de comunicação, de escuta, e de acolhimento conjunta com o quem enfrenta o sofrimento mental; é preciso ser um agente facilitador do processo de construção de novas configurações mentais, que compõe sistema de relações partilhadas na vida dessa pessoa, é de grande valia, estabelecer um novo padrão de relações.

### 3.3 Sentimentos emergidos

Durante a permanência no projeto experimentamos de sentimentos como frustração, angústia e satisfação. Frustração por esperar um suporte maior das autoridades competentes no que diz respeito a atenção social desses moradores. É notório que as Pessoas em Situação de Rua não têm uma rede de apoio preconizada até pelo Sistema Único de Saúde. Houve iniciativas no intuito de oferecer suporte, mas que logo cessaram suas atividades fazendo com que esse grupo de pessoas contem com ajuda de iniciativas como o projeto Olho da Rua de cunho não governamental mas movido unicamente pela empatia de outros humanos.

A angústia por não ter em nossas mãos o suporte de alcance eficaz para as necessidades apresentadas e que necessitariam de tal suporte para amenizar o sofrimento.

É muito incomodo perceber a grande maioria dessas pessoas não sabem se quer que existe atendimento gratuito garantido pelo SUS, como tratamento dentário, realização de curativos nas unidades básicas de saúde ou até mesmo a administração de vacinas preconizadas pelo PNI e em casos de acidentes com ferimentos penetrantes e mordidas de cães.

Apesar desses sentimentos anteriores, durante o processo nosso sentimento foi de satisfação ao perceber que o conhecimento em construção pode intervir em problemas de saúde e isso foi evidenciado mediante realização de curativos, orientações em saúde e pela convivência e isso promoveu alegria pois, além de um ato científico, há um comportamento cidadão em ajudar o próximo que as vezes necessita de tão pouco, ainda mais em nossa realidade que, pelo distanciamento das informações, são projetos como esse ou mutirões que têm suprido muitas necessidades de saúde.

## 4 | CONCLUSÃO

Podemos concluir que as pessoas em situação de rua se constituem ainda de um grupo vulnerável em meio à sociedade e que a academia bem como os setores que garantem saúde, educação e segurança devem se empenhar para promover a condição básica de sobrevivência no ambiente em que vivem enquanto cidadãos

garantidos por lei.

Durante as vivências podemos ainda observar que o cuidado ultrapassa a procedimentos e orientações, mas devem permear os conceitos de integralidade do cuidado e corresponsabilização. É preciso que, além de realizar curativos e dar orientações, que seja feito um acompanhamento da pessoa com vistas a ajudá-la em suas experiências.

É sabido que em outras localidades do Brasil há iniciativas de acompanhamento e atendimento desse seguimento social e a nossa expectativa é que essa realidade chegue também a nós para que possamos assistir de forma melhor as pessoas em situação de rua.

## REFERÊNCIAS

Alves, A. M. et al. **A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronicidade da doença da criança hospitalizada.** Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/pdf/v8n2a04.pdf](https://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/pdf/v8n2a04.pdf). Acesso em: 06/10/2019

Bettinelli, L. A. Erdmann, A. L. **Cuidado Solidário: um Compromisso Social da Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.** Disponível Em: <File:///C:/Users/Karin/Downloads/44323-167374-1-Pb.Pdf>. Acesso Em: 05/10/2019.

BRUNELLO, M. E. F; et al. **O vínculo na atenção à saúde: revisão sistemática na literatura, Brasil. (1998-2007).** 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/21.pdf>> acesso em: 08 de agosto de 2017.

GOVERNO FEDERAL. **Política nacional Para Inclusão da População em Situação de Rua.** Brasília, DF, Maio de 2008. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf)> acesso em: 16 de agosto de 2017;

**Interações de medicamentos com álcool: verdades e mitos.** Disponível em:<[http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1339892860v4n12\\_interacoes\\_medicamentosas.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1339892860v4n12_interacoes_medicamentosas.pdf)>. acesso em: 20 de Julho de 2017;

LEWIS. L. Sharon; et al. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgico Avaliação e Assistência dos Problemas Clínicos.** Trad. Da 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MENDES, C. R. P.; HERR, J. F. **Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad.** Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2014000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100012)> Acesso em: Julho de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da População em Situação de Rua- Um direito Humano.** Brasília, DF, 2014. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_rua.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf) > acesso em: 16 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Disponível em:<[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)> acesso em: 13 de Outubro de 2019.

## DOR ASSOCIADA AO PROCEDIMENTO DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL COM SISTEMA ABERTO: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 19/12/2019

### Layara da Silva

Instituto Educacional São Pedro  
Juiz de Fora – Minas Gerais

### Roberta Teixeira Prado

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde Juiz  
de Fora  
Juiz de Fora – Minas Gerais

### Jussara Regina Martins

Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade  
Federal do Rio de Janeiro – EEAN/UFRJ  
Juiz de Fora – Minas Gerais

### Lairana Dineli Pacheco dos Santos

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde Juiz  
de Fora  
Juiz de Fora – Minas Gerais

**RESUMO:** É comum pacientes críticos sentirem dor e desconforto durante o período de internação em Unidade de Terapia Intensiva, setor no qual são executados diversos procedimentos invasivos e dolorosos, como o procedimento de aspiração endotraqueal. Objetivou-se analisar estudos (inter) nacionais que abordaram sobre a dor associada ao procedimento de aspiração endotraqueal com sistema aberto em pacientes sob ventilação mecânica. Revisão integrativa efetuada nas seguintes bases de dados Pubmed, Biblioteca

Virtual em Saúde (BVS) e Scielo, com os descritores dor, aspiração mecânica e cuidados críticos. Incluídos 13 artigos neste estudo. Os estudos demonstram que é primordial que a enfermagem reconheça os sinais indicativos de dor, e estabeleça medidas de alívio e conforto, pois a presença de dor influencia a recuperação dos pacientes, podendo aumentar a morbimortalidade. Pesquisas relacionadas à dor durante o procedimento de aspiração endotraqueal em Unidades de Terapia Intensiva são escassas o que sugere a necessidade de realização de novos estudos, inclusive, com outras abordagens metodológicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sucção. Cuidados Críticos. Dor

### PAIN ASSOCIATED WITH THE OPEN SYSTEM ENDOTRAQUEAL SUCTION PROCEDURE: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** Critical patients often experience pain and discomfort during their stay in the Intensive Care Unit, a sector in which various invasive and painful procedures such as the endotracheal aspiration procedure are performed. The aim of this study was to analyze (inter) national studies that addressed the pain associated with the open system endotracheal suction procedure in patients under mechanical ventilation. Integrative review performed in

the following Pubmed, Virtual Health Library (VHL) and Scielo databases, with the descriptors pain, mechanical aspiration and critical care. Included 13 articles in this study. Studies show that it is essential that nursing recognize the indicative signs of pain, and establish relief and comfort measures, because the presence of pain influences the recovery of patients and may increase morbidity and mortality. Research related to pain during the endotracheal suction procedure in Intensive Care Units is scarce, suggesting the need for further studies, including other methodological approaches.

**KEYWORDS:** Suction. Critical Care. Pain.

## 1 | INTRODUÇÃO

A intubação endotraqueal e o uso de ventilação mecânica são utilizados em pacientes críticos com o objetivo de favorecer a troca gasosa nos casos de insuficiência respiratória (FROTA, LOUREIRO, FERREIRA, 2014).

O acúmulo de secreções é inevitável devido a presença da cânula endotraqueal que dificulta os mecanismos de defesa das vias aéreas superiores como filtração, umidificação, aquecimento do ar e reflexo de tosse, sendo assim a permeabilidade das vias aéreas o foco da assistência de enfermagem (FERREIRA et al., 2013).

A aspiração traqueal é um procedimento de higienização das vias aéreas que tem como objetivo aspirar secreções pulmonares através de uma sonda introduzida na traqueia do cliente. (AMBROZIN et al., 2013).

Até o momento a técnica de aspiração traqueal é a mais efetiva para remover secreções de vias aéreas superiores e inferiores quando o paciente está incapaz de realiza-la (FERREIRA et al., 2013).

Diante dos riscos e da frequente realização do procedimento, a equipe de enfermagem deve estar atenta às medidas de prevenção e controle das intercorrências relacionadas à aspiração traqueal (FROTA, LOUREIRO, FERREIRA, 2014).

É comum pacientes críticos sentirem dor e desconforto durante o período de internação em Unidade de Terapia Intensiva, setor no qual são executados diversos procedimentos invasivos e dolorosos, como a aspiração endotraqueal. (SANTOS et al., 2015).

Quando a dor não é mensurada e controlada pode favorecer alterações hemodinâmicas, respiratórias e metabólicas aumentando a instabilidade do paciente e dificultando sua reabilitação (FORTUNATO et al., 2013).

Em estudo realizado no Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul constatou que 40% dos investigados informaram nunca ter recebido treinamento sobre aspiração traqueal por sistema aberto, o que sugere necessidade de abordagem do tema (FROTA, LOUREIRO, FERREIRA, 2014).

Em estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva clínico - cirúrgica do Hospital São Vicente de Paulo, localizado na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul (RS) foram observados 124 procedimentos de aspiração traqueobrônquica antes e após intervenção educativa constatando aumento de 0,8% para 14,5% de aplicação correta da técnica após medidas educativas (LIMA et al., 2013).

Diante dos estudos apresentados: O profissional de saúde tem considerado a dor como efeito do procedimento de aspiração traqueal?

O objetivo deste trabalho analisar estudos (inter) nacionais que abordaram sobre a dor associada ao procedimento de aspiração endotraqueal com sistema aberto em pacientes sob ventilação mecânica.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa para qual foi realizada uma busca nas bases de dados Pubmed, BVS, Scielo nos meses de agosto e setembro de 2018, com artigos gratuitos dos últimos 5 anos, na íntegra, nos idiomas português e inglês e com Descritores em Ciências da Saúde (DECS): dor, aspiração mecânica e cuidados críticos. O operador booleano utilizado foi o “and”.

Os artigos foram selecionados a partir dos seguintes critérios: pacientes de ambos os sexos em ventilação mecânica. Os critérios de exclusão compreenderam estudos com neonatos, pediátricos, teses, dissertações, títulos incompatíveis com o tema e artigos anteriores a 2013.

A revisão foi composta pelas seguintes fases: elaboração da questão norteadora, busca de artigos nas bases de dados, foram também selecionados os artigos, realizada a leitura dos conteúdos e a interpretação dos dados.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Identificaram-se 20 títulos nas bases de dados PUBMED, BVS e Scielo, após analisar os critérios de inclusão e exclusão, leitura de resumos, constatou-se que seis não enquadravam ao tema sendo uma resolução do COFEN, dentre os estudos destacam-se publicações internacionais que estão mais direcionadas a dor (**Quadro 1**).

| TÍTULO  | AUTORES          | ANO  | MÉTODO  | CONCLUSÃO   |
|---|------------------|------|---|---|
| Aspiração endotraqueal em unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa   | FERREIRA et al.  | 2013 | Revisão Integrativa                                       | Os estudos epidemiológicos brasileiros são fracos e descritivos apesar de se verificar uma cooperação destes nas produções científicas da América Latina e do mundo.  |
| Aspiração endotraqueal em pacientes com via aérea artificial sob ventilação mecânica invasiva internados em UTI   | LOPES et al.     | 2018 | Revisão Integrativa, abordagem quantitativa               | Identificação de 16 cuidados de enfermagem referentes a prevenção de infecções, colonização bacteriana, alterações hemodinâmicas e respiratórias, monitorização do paciente durante e após o procedimento de aspiração. |
| Aspiração endotraqueal por sistema aberto: práticas de profissionais de enfermagem em terapia intensiva   | FROTA et al.     | 2014 | Pesquisa de enfoque quantitativo                          | Observou baixa adesão a 16 itens analisados, sendo estes fatores de risco para a ocorrência de efeitos adversos, sobretudo acidentes ocupacionais, hipoxemias, infecções e instabilidade hemodinâmica.                  |
| Efeitos de intervenção educativa na adesão as recomendações técnicas de aspiração traqueobrôn-quica em pacientes internados na unidade de terapia intensiva | LIMA et al.      | 2013 | Estudo quase experimental                                 | Observação de 124 procedimentos, pré e pós intervenção concluindo a baixa adesão dos profissionais de saúde voltadas para a prevenção das infecções hospitalares ressaltando a importância das ações preventivas        |
| Aspiração endotraqueal: práticas da equipe de saúde no cuidado do paciente crítico  | FURTADO et al    | 2013 | Estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa | As regras do procedimento nem sempre tenderam a ser seguidas.   |
| Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa   | FORTUNA-TO et al | 2013 | Revisão bibliográfica integrativa                         | As escalas de dor devem ser consideradas pela equipe de enfermagem como instrumentos para o manejo correto da dor.  |
| Validação da versão Brasileira da escala Comportamental de dor (Behavioral Pain Scale) em adultos sedados e sob ventilação mecânica                         | SANTOS et al     | 2015 | Estudo transversal  | Não foi observado correlação entre dor e parâmetros hemodinâmicos, nível de sedação e gravidade da doença.  |



|  |                  |      |  |  |
|--|------------------|------|--|--|
| Avaliação dos níveis algícos de pacientes críticos em terapia intensiva, antes, durante e após a sessão de fisioterapia respiratória: um estudo piloto | FERMIANO et al   | 2017 | Estudo piloto  | Durante ou após a fisioterapia respiratória não observou-se mudanças no padrão de dor.   |
| Dor durante a aspiração traqueal em vítimas de traumatismo cranioencefálico submetidos à ventilação mecânica   | RIBEIRO et al    | 2017 | Estudo prospectivo   | O uso da escala Behavioral Pain Scale deve ser incorporado a rotina das unidades de terapia intensiva para prevenção de sofrimento durante a realização de procedimentos dolorosos.  |
| Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura  | TEIXEIRA E DURÃO | 2016 | Revisão integrativa da literatura                          | Para os pacientes de cuidados intensivos, as escalas <i>Behavioral Pain Scale</i> (BPS) e <i>Behavioral Pain Assessment Scale</i> (BPA S) e <i>Critical-Care Pain Observation Tool</i> (CPOT ) foram consideradas apropriadas para observação da dor |
| Efeitos da higienização brônquica nas variáveis cardiorrespiratórias de pacientes em ventilação mecânica   | AMBROZIN et al   | 2013 | Estudo prospectivo e aleatório, controlado do tipo cruzado | Depois de 30 minutos da aspiração, os clientes em Ventilação Mecânica (VM) manifestaram queda da pressão arterial e não apresentaram alteração nas outras variáveis estudadas.   |
| Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico   | SOUZA et al      | 2013 | Estudo transversal e prospectivo                           | Concluiu que o conhecimento dos profissionais foi satisfatório, mas pode ser aprimorado.   |

Quadro 1: Síntese dos artigos utilizados na presente revisão integrativa

#### 4 | SINAIS QUE INDICAM DOR

Durante a permanência na UTI é comum o relato de dor, tanto pela doença quanto pela realização de procedimentos invasivos que acarretam frequente desconforto (FERMINIANO et al., 2017).

O alívio da dor é um direito do ser humano e indicativo de uma assistência qualificada porém não é avaliada de maneira correta em diversas instituições incentivados pela crença equivocada de que pacientes sedados não sentem dor (RIBEIRO et al., 2017).

É notória a dificuldade na monitorização da dor devido alterações do nível de consciência, uso contínuo de sedação e falta de comunicação verbal, identificar a dor e sua intensidade é indispensável para um atendimento mais humanizado e qualificado (TEIXEIRA, DURÃO, 2016).

A dor é um fenômeno que envolve reações físicas e emocionais que podem gerar reações fisiológicas como imunossupressão, hipóxia tecidual, aumento do esforço cardíaco, espasmos musculares e alteração da mecânica ventilatória (FERMINIANO et al., 2017).

Considerando que a dor está frequentemente presente nos doentes em centro de cuidados intensivos, o conhecimento das escalas e indicadores de dor podem favorecer um atendimento qualificado e baseado em evidências (TEIXEIRA, DURÃO, 2016).

Alguns fatores devem ser considerados no manejo da dor em UTI tais como experiência profissional, conhecimento e tempo reduzido e os fatores relacionados ao paciente como ambiente, dificuldade de comunicação e mudança do quadro clínico (SOUZA et al., 2013).

A dor é um estressor que contribui para alterações do padrão do sono, gerando desorientação e agitação podendo levar a exaustão (SOUZA et al., 2013).

A experiência vivenciada pode gerar medo e ansiedade, alteração do estado geral, repercutindo no nível de consciência, circulação, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (TEIXEIRA, DURÃO, 2016).

Assincronia ventilatória ocasionada pela dor pode gerar aumento do desconforto do paciente, aumento da confusão durante o processo de desmame, ventilação prolongada, aumento da permanência e mortalidade (PAULUS et al., 2013).

A agitação pode ser considerada um marcador substituto da dor pois o aumento da agitação geralmente é o primeiro sinal clínico de dor nos pacientes sedados onde a mensuração da dor é difícil pela dificuldade de comunicação (PAULUS et al., 2013).

Os estudos demonstram que a dor não é a complicação mais comum relacionada ao procedimento de aspiração endotraqueal e que muitos profissionais desconhecem algumas etapas relacionadas ao procedimento além de insegurança ao realizá-lo.

Uma equipe capacitada é indispensável para a qualidade do cuidado já que o despreparo da equipe é uma barreira que dificulta o manejo da dor nos pacientes criticamente doentes (SOUZA et al., 2013).

O melhor indicador de dor é o autorrelato porém pacientes críticos frequentemente não estão em condições de verbalizar queixas devido ao uso de ventilação mecânica e de sedativos tornando importante a identificação dos sinais de dor (SOUZA et al., 2013).

O enfermeiro deve estar baseado em conhecimento científico sobre teoria e prática da aspiração endotraqueal assegurando um procedimento de qualidade, minimizando riscos relacionados ao procedimento (LOPES et al.,2018).

A avaliação da dor e o seu tratamento reduz o tempo de VM e de internação, aumenta a qualidade e o bem estar do paciente, reduz custos e diminui as complicações relacionadas ao procedimento.

De acordo com o Parecer COFEN nº 0557/2017, pacientes entubados ou traqueostomizados, internados em UTI e em estado grave deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas pelo profissional enfermeiro devido à complexidade e riscos oferecidos pelo procedimento.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem está diariamente ao lado do paciente, reconhecer os sinais que indiquem dor é muito importante pois estabelecer medidas de alívio da dor auxiliam na recuperação, podendo diminuir a morbimortalidade dos pacientes.

A dor é uma experiência comum nos pacientes críticos e o fato de não haver queixas frequentes não indica sua inexistência e sim que ela está sendo negligenciada pela equipe que sente as dificuldades devido à dificuldade de comunicação entre ambos.

A aspiração endotraqueal é a única forma efetiva de remover secreções quando o paciente está impossibilitado sendo fundamental conhecer sua técnica, fatores que desencadeiam a dor e como preveni-la.

É possível melhorar o atendimento prestado ao paciente, diminuindo fatores que causam dor e desconforto, oferecendo um tratamento qualificado e humanizado, tornando a avaliação antes e após o procedimento de aspiração traqueal como critério para mensuração da dor.

Pesquisas recentes relacionadas à mensuração e causas de dor durante o procedimento de aspiração traqueal em UTI ainda são escassas, o que sugere realização de novos estudos

O objetivo deste estudo não foi concluído pois os artigos pesquisados não indicam fatores que ocasionam dor apenas falam sobre a realização da técnica correta e das consequências de uma aspiração inadequada, sendo necessários novos estudos, com diferentes metodologias, para analisar esses fatores.

O essencial seria que ocorressem educações continuadas nos hospitais com os profissionais que realizam este procedimento com o objetivo de padronizar o mesmo e minimizar os riscos oferecidos por uma realização inadequada.

## REFERÊNCIAS

AMBROZIN, A.R.P. et al. Efeitos da higienização brônquica nas variáveis cardiorrespiratórias de pacientes em ventilação mecânica. **Fisioterapia Mov.**, v.26, n.2, 251-258, abr./ jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução N ° 0557/2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Brasília, DF. Disponível: [www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017\\_54939.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html) Acesso em: 05 de outubro de 2018.

FERMINIANO, et al. Avaliação dos níveis algícos de pacientes críticos em terapia intensiva, antes, durante e após sessão de fisioterapia respiratória: um estudo piloto. **Artigo OriginaSci Med.** 2017;27(2):ID26647. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6118063.pdf>> Acesso em: 04 de setembro de 2018.

FERREIRA, A.O.M et al. Aspiração endotraqueal em unidade de terapia intensiva: Uma revisão integrativa. **Rev. Enfermagem UFPE on line:** 4910-4917, jul., 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11750/14026>> Acesso em : 05 de setembro de 2018.

FORTUNATO, J.G.S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. Rio de Janeiro, **Revista Hupe**, 12(3), 110-117, 2013.

FROTA, O.P., LOUREIRO, M.D.R., FERREIRA, A. M. Aspiração endotraqueal por sistema aberto: práticas de profissionais de enfermagem em terapia intensiva. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, 18(2), abr./jun., 2014.

FURTADO, et al. Aspiração endotraqueal pratica da equipe de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Revista de enfermagem UFPE On Line**, Recife, 7 (esp): 6998-7006, dez. 2013. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12369/15113>> Acesso em: 05 de setembro de 2018.

LIMA, E.D. A et al. Efeitos de intervenção educativa na adesão às recomendações técnicas de aspiração traqueobrônquica em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Terapia Intensiva**, 25(2): 115--122, 2013.

LOPES, et al. Aspiração endotraqueal em pacientes com via aérea artificial sob ventilação mecânica invasiva internados em UTI. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2018:8 e 1973. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1973/1904>> Acesso em: 04 de setembro de 2018.

PAULUS, et al. A medida do reflexo pupilar prediz analgesia insuficiente antes da aspiração endotraqueal em pacientes criticamente enfermos. **Critical Care**, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23883683>> Acesso em: 18 de setembro de 2018.

RIBEIRO, et al. Dor durante a aspiração traqueal em vítimas de traumatismo crânio encefálico submetidos a ventilação mecânica. **Rev. Dor**. São Paulo, 2017, out – dez, 18(4): 332-7.

SANTOS, O.F.A. et al. Validação da versão Brasileira da Escala Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale) em adultos sedados e sob ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 67(93), 271-277, 2015.

SOUZA, et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2013;34(3): 55-63.

TEIXEIRA, J.M.F.: DURÃO, M.C. Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem Referencia**, serie IV – nº 10 – jul./ago./set. 2016, pp 135-142. Disponível em: <[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2616&id\\_revista=24&id\\_edicao=97](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2616&id_revista=24&id_edicao=97)> Acesso em: 04 de setembro de 2018.

## ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS E ORGANIZACIONAIS PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO HOSPITALAR

Data de aceite: 19/12/2019

Data de submissão: 11/10/2019.

São Paulo, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2376-0128>.

E-mail: [nilva.enf@hotmail.com](mailto:nilva.enf@hotmail.com)

### **Laura Andrian Leal**

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8563-8980>.

E-mail: [laura.andrian.leal@usp.br](mailto:laura.andrian.leal@usp.br)

### **Silvia Helena Henriques**

Enfermeira. Professora Associada pelo Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2089-3304>.

E-mail: [shcamelo@eerp.usp.br](mailto:shcamelo@eerp.usp.br)

### **Daniela Sarreta Ignácio**

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Docente de enfermagem da Faculdade Dr Francisco Maeda –FAFRAM.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1432-5098>.

E-mail: [daniela.sarreta@usp.br](mailto:daniela.sarreta@usp.br)

### **Nilva Maria Ribeiro**

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto

**RESUMO:** Objetivou-se identificar as estratégias organizacionais e individuais para o desenvolvimento de competências de enfermeiros no âmbito hospitalar. Estudo exploratório, qualitativo. O cenário foi uma Instituição de Ensino Superior do interior paulista. A população foi constituída por egressos dos Cursos de Bacharelado e Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. Os critérios de inclusão foram os egressos dos últimos dois anos dos referidos cursos, e a amostra determinada por saturação dos dados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e foi utilizado análise de conteúdo indutiva. Evidenciou-se estratégias individuais e organizacionais imprescindíveis no processo de trabalho do enfermeiro hospitalar para efetividade da assistência. As estratégias individuais foram destacadas como leitura, cursos, especializações e o aconselhamento da chefia ou de profissionais mais experientes. Estratégias organizacionais também foram descritas, mas como ações pontuais, como oferecimento de cursos e palestras, ou seja, as instituições ainda não possuem estratégias sistematizadas para construir e implementar um programa de educação permanente para

o desenvolvimento de competências em enfermeiros. O estudo revelou estratégias individuais e organizacionais que influenciam diretamente na qualidade dos cuidados no âmbito hospitalar, porém, é essencial que gestores incorporem métodos padronizados e regulares de educação permanente, comunicação e plano de cargo/carreira.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermeiros. Competência Profissional. Educação Superior. Hospitais. Estratégias Locais.

## INDIVIDUAL AND ORGANIZATIONAL STRATEGIES FOR DEVELOPING HOSPITAL COMPETENCES

**ABSTRACT:** The objective was to identify the organizational and individual strategies for the development of nurses' competencies in the hospital environment. Exploratory, qualitative study. The scenario was a Higher Education Institution of the interior of São Paulo. The population consisted of graduates of the Bachelor and Bachelor Degree Courses and Nursing Degree. Inclusion criteria were the graduates of the last two years of the referred courses, and the sample determined by data saturation. Data were collected through semi-structured interviews and inductive content analysis was used. Individual and organizational strategies indispensable in the work process of hospital nurses were evidenced for the effectiveness of care. Individual strategies were highlighted as reading, courses, specializations and advice from senior management or senior professionals. Organizational strategies have also been described, but as specific actions, such as offering courses and lectures, that is, the institutions do not yet have systematized strategies to build and implement a permanent education program for the development competences in nurses. The study revealed individual and organizational strategies that directly influence the quality of hospital care, however, it is essential that managers incorporate standardized and regular methods of continuing education, communication, and job/career planning.

**KEYWORDS:** Nurses, Male. Professional Competence. Education, Higher. Hospitals. Local Strategies.

### 1 | INTRODUÇÃO

No cenário hospitalar, as mudanças tecnológicas, o trabalho compartilhado e as necessidades dos usuários exigem competências específicas dos seus trabalhadores, provocando, muitas vezes, transformações no seu processo de trabalho. Nesse sentido, essas instituições têm buscado profissionais informados, capacitados e que tenham visão geral dos processos organizacionais e das influências ambientais internas e externas na gestão da empresa.

Sabe-se que as competências profissionais representam um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que cada trabalhador possui e que serve de referencial para construção de seu desenvolvimento na empresa (OLIVEIRA; GONÇALVES; BARBOSA, 2014). Dessa forma, quando se fala de competência



profissional, torna-se necessário pensar que está relacionada ao desempenho no trabalho de uma pessoa podendo ser mensurada, comparada com padrões estabelecidos e desenvolvida por meio de capacitação (FLEURY; FLEURY, 2010).

A tendência nas organizações de saúde é buscar competências que auxiliem os profissionais nos obstáculos e desafios que se apresentam no cotidiano assistencial. No processo de trabalho da enfermagem em unidades hospitalares, o enfermeiro tem assumido atividades assistenciais no cuidado com pacientes, além das ações gerenciais, necessitando de competências específicas, a fim de garantir a qualidade no cuidado prestado (TREVISO et al., 2017; CAMELO, 2016).

Nessa perspectiva, em âmbito internacional pesquisadores descreveram competências para o enfermeiro, distribuindo-as em oito categorias, sendo elas: i) Valores e práticas profissionais e éticas; ii) Habilidade de enfermagem e intervenção; iii) Comunicação e habilidades interpessoais; iv) Conhecimento e habilidade cognitiva; v) Avaliação e melhoria da qualidade de enfermagem; vi) Desenvolvimento profissional; vii) Gestão de liderança e Trabalho em equipe e viii) Utilização de pesquisa (SATU et al., 2013). Mais especificamente na área hospitalar foram destacadas áreas de competências para o enfermeiro, tais como: gerenciamento, profissionalismo, resolução de problemas, processo de enfermagem e conhecimento de princípios básicos (SAFADI et al., 2010).

Deste modo, evidencia-se que são diversas competências profissionais requeridas ao profissional enfermeiro no âmbito hospitalar mas, muitas vezes, desenvolvê-las torna-se um desafio. Este desafio pode estar permeado pelas condições de formação pela qual o enfermeiro foi submetido, ou até mesmo situações da própria organização de trabalho, que não favorecem o desenvolvimento de novas competências.

No campo da Enfermagem, a formação na graduação contribui para o desenvolvimento também de competências profissionais e sabe-se que o ambiente de trabalho hospitalar, particularmente na enfermagem, possui características singulares formadas por interesses institucionais próprios. Assim, é necessário que os profissionais ali inseridos desenvolvam suas competências em serviço, com fins a obter a qualidade do cuidado. Barreiras que impedem o desenvolvimento de competências são comuns nos serviços de saúde. Sendo assim, é necessário que estratégias individuais e organizacionais sejam utilizadas para diminuir essas barreiras estabelecidas (THOFERN, 2016).

Desta forma, este estudo apresenta o seguinte questionamento: Quais estratégias organizacionais e individuais estão sendo desenvolvidas para a aquisição de competências em enfermeiros no âmbito hospitalar? O estudo teve como objetivo identificar as estratégias organizacionais e individuais para o desenvolvimento de competências de enfermeiros no âmbito hospitalar.

Acerca da relevância deste assunto, a realização deste estudo pode propiciar que centros formadores e gestores hospitalares reflitam sobre o seu papel na implementação de metodologias inovadoras e/ou estratégias que contribuam para o desenvolvimento de competências profissionais em seu trabalho, a fim de que ao ser inserido no mercado de trabalho tenha um desempenho eficaz respondendo às demandas de saúde da população.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, utilizando-se a abordagem qualitativa dos dados. O cenário do estudo foi constituído por egressos de uma Instituição de Ensino Superior (IES) de um município do interior paulista. A IES é uma Universidade Pública de enfermagem que oferece dois tipos de Cursos: “Bacharelado” e “Bacharelado e Licenciatura”, sendo que são certificados cerca de 130 egressos anualmente.

Foram incluídos os egressos dos últimos dois anos dos referidos cursos, totalizando aproximadamente 260 profissionais. Dentre estes, selecionou-se os que atuavam na área hospitalar e que já haviam passado pelo período de experiência profissional progressiva (três meses), perfazendo um total de 100 profissionais. Acredita-se que os egressos ao passarem por esse período mínimo de atuação no trabalho já podem ter vivenciado e utilizado diversas competências profissionais. Os egressos que não pertenciam aos referidos cursos, bem como aqueles que no momento da coleta estavam fora do mercado de trabalho, foram excluídos da pesquisa.

A amostra final constituiu-se por 40 enfermeiros e foi definida por saturação dos dados (CHEQUES, 2009). A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas. O contato com os participantes aconteceu por via eletrônica para alguns profissionais cujo encontro presencial não foi possível.

Inicialmente deu-se preferência para realizar a entrevista com os egressos em encontro presencial conforme disponibilidade dos mesmos, o que ocorreu com 11 egressos. Posteriormente essa etapa, como não houve saturação dos dados, a pesquisadora deu continuidade às entrevistas com os egressos disponíveis *online*, sendo as mesmas realizadas por contato da *internet*, via Skype, totalizando 29 egressos somente para esta etapa. Vale ressaltar que, a opção pelo Skype se deu pelo fato de que grande parte dos egressos retorna as suas cidades de origem ou buscam por empregos em outras cidades, dificultando o contato presencial, além de ser uma estratégia em tempo real.

O roteiro da entrevista foi composto por duas partes: a primeira parte, contendo

dados de identificação sócio-profissional dos egressos, tais como: idade; sexo; procedência; ano de conclusão da graduação; se exerce atividade profissional e em qual área de atuação e tipo de formação profissional (graduação, especialização, mestrado, doutorado). A segunda parte contendo questões relacionadas às estratégias individuais e organizacionais para desenvolver competências no âmbito hospitalar.

A análise de conteúdo indutiva foi utilizada para interpretar os dados deste estudo. Para tanto, optou-se pela análise temática, que seguiu as seguintes etapas: transcrição e leitura; codificação de características interessantes dos dados de forma sistemática; busca por temas por meio de códigos de agrupamento; revisando temas em que verifica se eles respondem aos extratos codificados; análise em curso para aperfeiçoar as especificidades de cada tema; e, por fim, análise final dos trechos selecionados relacionados às questões norteadoras da pesquisa e à literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise (BRAUN; CLARKE, 2006).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), conforme ofício N. 241/2016, CAAE 57129716.0.0000.5393.

### **3 | RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados em duas seções. Na primeira seção, foi realizada a caracterização dos participantes. Na segunda seção foram identificadas e descritas as estratégias organizacionais e individuais para desenvolver competências no âmbito hospitalar para enfermeiros.

#### **3.1 Caracterização dos participantes**

A amostra final ficou composta por 40 egressos de enfermagem, com predomínio do sexo feminino (33- 82,5%). Quanto à procedência nota-se que 77,5% dos participantes eram de municípios distintos ao de origem da IES, como São Paulo capital, Leme, Araraquara, Campinas, e outros, inclusive com participantes vindos de outros estados também, como Rondônia e Paraná; fator este que pode estar relacionado ao retorno dos egressos às suas cidades de origem após o término dos estudos. Quanto ao ano de conclusão da graduação, 17 (42,5%) concluíram em 2014 e 23 (57,5%) concluíram em 2015. Já em relação ao tempo de experiência na área hospitalar, este variou de sete a 24 meses.

Quanto à área de atuação no ambiente hospitalar, identificou-se variados setores, como evidenciado no quadro abaixo:

|                 |                |                |              |              |               |                  |             |                    |
|-----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|---------------|------------------|-------------|--------------------|
| Área de atuação | Clínica médica | CTI/Emergência | Oncologia    | Pediatria    | Transplan-tes | Centro Cirúrgico | Obstetria   | Gastroen-terologia |
|                 | 6<br>(15%)     | 15<br>(37,5%)  | 5<br>(12,5%) | 7<br>(17,5%) | 1<br>(2,5%)   | 2<br>(5%)        | 3<br>(7,5%) | 1<br>(2,5%)        |

Quadro 1. Área de atuação dos egressos no âmbito hospitalar. 2017.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

E com relação à formação profissional, os dados revelaram que 36 (90%) dos participantes realizavam cursos de Pós-Graduação em diversas áreas de concentração, conforme apresentado no quadro abaixo:

|                         |                                 |                                      |   |                                      |                                      |                            |                                 |                                      |
|-------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Cursos de Pós-Graduação | Latu Senso                      | Urgência/<br>Emergência<br>7 (17,5%) | Gestão em<br>saúde pública<br>1<br>(2,5%) | Auditoria<br>1<br>(2,5%)             | Psicologia<br>clínica<br>1<br>(2,5%) | Cardiologia<br>1<br>(2,5%) | Saúde Pública<br>1<br>(2,5%)    |                                      |
|                         | Residência<br>Multiprofissional | Terapia<br>Intensiva<br>1<br>(2,5%)  | Oncologia<br>6<br>(15%)                   | Saúde<br>da<br>criança<br>4<br>(10%) | Urgência e<br>emergência<br>4 (10%)  | Transplante<br>1 (2,5%)    | Centro<br>Cirúrgico<br>3 (7,5%) | Saúde<br>da<br>mulher<br>1<br>(2,5%) |
|                         | Stricto<br>senso                | Mestrado-<br>1 (2,5%)                |   |                                      | Doutorado<br>0                       |                            |                                 |                                      |

Quadro 2. Cursos de Pós-Graduação dos participantes, segundo a modalidade. 2017

Fonte: Elaborado pelas autoras.

### 3.2 Estratégias individuais e organizacionais para desenvolvimento de competências profissionais nas instituições hospitalares

Os dados deste estudo revelaram estratégias mais utilizadas em instituições hospitalares quanto pelo indivíduo, para desenvolver competências profissionais. A esse respeito identificou-se algumas estratégias individuais desenvolvidas pelos egressos com o objetivo de promover a aquisição das competências necessárias para o desempenho do seu processo de trabalho, como estudo individual, cursos e pesquisas científicas:

“Eu faço cursos de especialização e desde que comecei a trabalhar eu procuro

fazer coisas novas, técnicas novas para aumentar minha prática. Faço pesquisas, estudo individual e participo, ajuda muito para eu ser mais competente e atua como uma das formas de estratégias individuais”. (E40)

A realização de cursos e pesquisas pode favorecer o desenvolvimento profissional mantendo o trabalhador atualizado. Aliado aos estudos individuais, os egressos citam a comunicação como outra estratégia que, se implementada, pode contribuir de maneira positiva para os serviços prestados. A comunicação se faz essencial para o enfermeiro desenvolver seu rol de atribuições com efetividade junto a sua equipe e demais categorias profissionais, permitindo relacionar-se com a diversidade de sujeitos e atuar de maneira clara e objetiva:

“Eu sempre estou me atualizando, estudando, fazendo sempre cursos para o que tenho dúvida... e nas atitudes eu busco melhorar e desenvolver a comunicação... venho também lendo artigos científicos sobre comunicação e relacionamento pois é a base para equipe saudável e ser mais competente em tudo”. (E19)

Ainda, com base na comunicação, os participantes relataram o diálogo e da troca de experiências como estratégias individuais para desenvolver competências. Isso decorre do compartilhamento de saberes entre pessoas mais experientes como meio de adquirir informações para tomar decisões assertivas:

“E também eu sempre vou atrás das minhas preceptoras e as chefes do hospital, e conto que aconteceu tal coisa e como deveria agir perante a tal situação, peço conselhos, então acho que procurar alguém que tem mais experiência do que você para poder te aconselhar... ajuda muito”. (E24)

“Eu acho a estratégica é buscar o conhecimento, como especialização na área que quer atuar. A conversa e o diálogo com outros enfermeiros experientes também para troca de experiências, ser humilde e perguntar... é importantíssimo esse diálogo e companheirismo com o colega”. (E31)

Ademais, os participantes também citaram estratégias organizacionais para desenvolver competências, ou seja, aquelas oferecidas pela instituição na qual trabalham, tais como participação em cursos e congressos:

“O hospital promove palestras, coisas diferentes, equipamentos novos, cursos, já teve um congresso da enfermagem, às vezes eles podem até ajudar com escalas para o funcionário poder ir”. (E10)

“O hospital fornece alguns cursos, como de Manchester... então fazem para melhorar conforme a necessidade do serviço mesmo, a educação permanente”. (E9)

Além de promover atualizações por cursos e palestras é importante que a instituição seja maleável ao incluir a demanda de funcionários do setor, para que todos desenvolvam competências, e isso é possível por meio de escalas de trabalho

flexíveis, conforme evidenciado acima. Entretanto, essas atualizações e cursos foram descritas como pontuais e não padronizados e, ainda, as instituições não provêm de planos de carreira:

"O máximo que temos na instituição são palestras educativas, alguns cursos teóricos e só... não temos discussão de casos, nem contato com equipe multiprofissional... cursos médicos e enfermeiros são chamados". (E4)

"Às vezes tem cursos na instituição, mas são muito raros e quando tem é obrigatório, às vezes tem palestras de um conteúdo específico, mas é mais voltado para enfermeiro. Às vezes tem discussão de casos entre outros profissionais (quando não tem sobrecarga de trabalho podemos participar), porém estamos com muito serviço. Não tem plano de carreira, não auxiliam para participar de algo". (E16)

Os participantes destacaram a importância de discussão de casos em equipe, como forma de partilhar vivências que acontecem no cotidiano de trabalho, porém esta prática não foi vista com muita frequência devido à sobrecarga de funções nos setores. Contudo, houve a identificação de uma instituição que emprega de maneira constante estas discussões e atividades diversas para as equipes:

"A instituição aqui sempre fornece discussões de caso entre todos os profissionais, apresentamos trabalhos, de quimioterápicos, de medicamentos para todos os funcionários... em cada setor eles pedem para desenvolvermos uma atividade diferente e isso é bom também para o desenvolvimento de competências".(E22)

## 4 | DISCUSSÃO

Para enfrentar um cenário repleto de complexidade e avanços da tecnologia e inovação, as organizações hospitalares exigem perfis profissionais com competência para responder com efetividade as demandas estabelecidas. Todavia, mesmo com toda a complexidade envolvida nestas instituições estudos apontam que o despreparo do profissional de enfermagem com a assistência ainda está muito presente (SILVA et al., 2014; ESTEVAM et al., 2017). Essas premissas revelam que o enfermeiro chega ao mercado com preparo limitado para enfrentar sua realidade de trabalho e, por isso, muitas vezes, buscam por aprimoramento profissional após a formação acadêmica, como ocorreu nesta investigação, onde 36(90%) dos participantes estão inseridos em programas de pós-graduação, evidenciando a preocupação em desenvolver novas competências de forma a se ajustar ao ambiente de trabalho respondendo de forma efetiva (Quadro 1).

Esse despreparo pode estar relacionado a falhas na formação convencional do enfermeiro durante a graduação como das instituições de trabalho. Isso torna necessário que o enfermeiro busque aprimoramento pessoal e profissional, bem como aumenta a responsabilidade das organizações de saúde em capacitar seus



profissionais, buscando identificar e mobilizar estratégias de desenvolvimento de competências (ESTEVAM et al. 2017).

Percebeu-se também um grande número de egressos que já haviam iniciado suas práticas de trabalho em unidades de maior complexidade (Unidades de Terapia Intensiva e Pronto Atendimento), ambientes que deveriam abarcar profissionais mais experientes pelo perfil de atendimento e que requerem maior atenção e conhecimentos específicos para desenvolver as atividades de trabalho (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2015; ROCHA, 2014), fazendo com que estes profissionais desde cedo busquem por aprimoramento profissional como forma de auxiliar sua atuação, já que a aprendizagem de competências para atuar em locais de alta especificidade tende a ser, muitas vezes, pontual e superficial durante a graduação.

Outro fator importante encontrado no estudo diz respeito à procura de egressos por cursos e especializações em outras áreas, como Saúde Pública, o que pode estar relacionado a questões salariais ou do ambiente de trabalho. Sobre isso, a literatura aponta que a remuneração na Saúde Pública, especificamente na Estratégia de Saúde da família varia conforme o município e, com isso, alguns valores podem ficar acima do esperado, então muitos dos trabalhadores percebem essa condição como valorização e prestígio (NOGUEIRA et al., 2019).

Com relação a esse fato, acredita-se que, para o profissional ter melhor entendimento e para que desempenhe suas atividades de forma satisfatória, faz-se necessário que a sua formação contemple uma gama variada de competências.

Assim, de acordo com os resultados, verificaram-se a existência de estratégias individuais para o desenvolvimento de competências, desde o estudo individual, cursos, leitura de livros técnicos e de suporte até a vivência com outros profissionais.

Nessa direção, profissionais capacitados para atuarem no âmbito hospitalar são de suma importância. O enfermeiro no exercício da gerência da unidade e como líder da equipe de enfermagem está inserido no ponto central do processo de ensino-aprendizagem dos profissionais pelos quais responde tecnicamente, devendo promover o desenvolvimento de competências específicas às funções destes trabalhadores. Esse processo pode ocorrer por meio de capacitação, atualização, cursos, uso assertivo da comunicação, entre outros (BARBOSA et al., 2018). Assim sendo, pode-se afirmar que o enfermeiro é o elemento de apoio para a educação da equipe de enfermagem, devendo ficar atento às necessidades dessa equipe, bem como implementando estratégias de ensino-aprendizagem.

Outro ponto a ser pensado é a utilização de exemplos ou modelos de outros profissionais como estratégia individual para o aprimoramento de competências. Os resultados mostraram que, diante de algumas situações, os egressos recorrem à chefia e a aconselhamento de superiores como forma de atuarem com competência. Nesta direção evidências apontam que o supervisor desempenha uma atuação

essencial na formação profissional, visto que será o principal e, na maioria das vezes, o primeiro responsável em compartilhar as experiências, articulando o saber e o fazer. Além disso, a supervisão permite orientar e corrigir todas as atividades desenvolvidas e, isso se concretiza por meio da comunicação efetiva (COLOMBO; BALLÃO, 2014).

Destarte, outras formas de desenvolvimento de competências foram pontuadas, como estudos individuais, e capacitações. Sobre isso, pesquisadores relataram a importância da educação e capacitação do profissional para atuação em seu ambiente de trabalho e revelaram a falta de diálogo entre as instituições formadoras e os órgãos responsáveis pela prestação de serviço. Nesse seguimento, apesar de ser importante o incentivo às estratégias individuais, é primordial que as instituições tenham estratégias para desenvolvimento de competências em seus trabalhadores, já que, além de beneficiar o trabalhador conferindo maior autonomia e bem-estar, a instituição diminui índices de absenteísmo, reduz custos, humaniza a sua assistência que resulta em melhor qualidade do serviço (LEAL et al., 2018; ALVES; BECKER; QUANTRIN, 2014).

Nesta linha de pensamento, este estudo ainda identificou algumas estratégias organizacionais para o desenvolvimento de competências, como oferecimento de cursos e palestras, além de educação permanente, embora não fosse praticada de forma adequada e contínua. A esse respeito, é possível dizer que apesar de verificar que as organizações possuem estratégias entre elas palestras, cursos, reciclagens, reorientações e incentivo aos profissionais para participar de eventos fora da instituição, entretanto todas são pontuais, ou seja, as instituições ainda não tem sistematizado estratégias para construir e implementar um programa de educação permanente voltado ao desenvolvimento de competências em enfermeiros, gerando, assim, preocupação quanto à capacitação desses profissionais para atuarem no cuidado com o paciente (TREVISO et al., 2017).

Os programas de educação permanente devem ser realizados intensamente nas organizações com o intuito de promover melhor atuação do enfermeiro auxiliando-o a refletir sobre suas funções no processo de trabalho de enfermagem. Ainda, destacam-se que as instituições e o Estado devem investir cada vez mais em capacitações, cursos e Educação Permanente aos profissionais de saúde, pois os contextos trabalhistas sofrem sempre modificações e adquirem novos desafios, em que a capacidade intelectual adquirida de novas habilidades, conhecimentos e práticas provocam mudanças de hábitos, que minimizam comportamentos de risco e conferem segurança profissional na assistência, além de influenciar na qualidade de vida do trabalhador (BARBOSA et al., 2018).

Ademais, outras estratégias organizacionais para desenvolver competências profissionais estão pautadas em um sistema eficaz de comunicação interna, planos

de cargos e salários, fato não encontrado nos resultados do estudo. Um plano de carreira poderá contribuir para a valorização dos profissionais da empresa, concebendo-os como um ser humano dotado de talentos, conhecimentos, capacidades e anseios e é capaz de contribuir para que a empresa faça a diferença no mercado de trabalho globalizado e de alta competitividade (BENITO et al., 2012; FURBINO, 2008).

Nesta mesma linha de pensamento, outros pesquisadores evidenciaram estratégias potentes que os enfermeiros vêm desenvolvendo em hospitais de ensino como formas de educação permanente e desenvolvimento de competências, tais como a flexibilidade para os encontros, a autonomia (momentos dedicados para atividades educativas imersos dos processos de trabalho), reuniões de equipe e a progressão profissional (LAVICH et al., 2017).

Perante essa análise, é importante refletir sobre o papel que as organizações hospitalares possuem ao capacitar e prover a educação permanente em seus ambientes de trabalho ao possibilitar que enfermeiros possam aprimorar suas competências em serviço promovendo ganhos institucionais e assistenciais.

Identifica-se como limitação do estudo a sua realização com egressos dos últimos dois anos de uma única IES. Assim, recomenda-se ampliar o estudo com inclusão de outras instituições de ensino, além de ser imprescindível a realização de investigações utilizando metodologias de intervenção direta com esses trabalhadores, com o uso de ferramentas que vão desde simulações, reflexões até capacitação em plataformas de órgãos multilaterais de saúde online, e dessa forma contribuir para identificar “*gaps*” no uso de estratégias que são essenciais para o desenvolvimento de novas competências e aprimoramento qualitativo em serviço do enfermeiro.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo identificaram estratégias para o desenvolvimento de competências, que podem ser individuais como, leitura, cursos, especializações e desenvolvimento de comunicação assertiva e/ou, organizacionais, como o fornecimento de cursos, educação permanente e discussões de caso. Ainda foi possível identificar ausência de estratégias organizacionais padronizadas e contínuas nas instituições.

Diante desses apontamentos, faz-se imprescindível que instituições hospitalares, que são cenários complexos de assistência, ofereçam estratégias para o desenvolvimento profissional, ao passo que o enfermeiro, objeto de nosso estudo, necessita estar constantemente atualizado e ser corresponsável no desenvolvimento de competências que o auxiliem na dinâmica do seu processo de trabalho junto a

sua equipe e demais trabalhadores, garantindo qualidade e efetividade no cuidado prestado. Ademais, faz-se necessário pontuar que programas efetivos de educação permanente sistemáticos e padronizados como Núcleos de Educação Permanente, com uso de simulações realísticas, e de metodologias ativas, presente em algumas instituições, são essenciais para desenvolver competências nos enfermeiros hospitalares.

Por conseguinte, nesse cenário onde existem falhas e dificuldades educacionais, torna-se evidente a necessidade de que tanto os gestores dos serviços, quanto os trabalhadores reflitam sobre a formação profissional e invistam conjuntamente em estratégias de ensino para o desenvolvimento constante de novas competências.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J.; BECKER, J. F.; QUATRIN, D. R. Competências individuais: existe simetria entre as apresentadas por colaboradores e as requeridas pelos gestores. **Revista de Carreiras e Pessoas**, v. 4, n. 1, p. 36-50, 2014.

BARBOSA, M. L.; et al. The quality of life of health professionals working in the prison system. **Ciência e saúde coletiva**. 2018; 23(4): 1293-1302.

BENITO, G. A. V.; TRISTÃO, K. M.; PAULA, A. C. S. F.; SANTOS, M. A.; ATAIDE, L. J.; LIMA, R. C. D. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 1, p. 172-8, 2012.

BRAUN, V.; CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology**. *Qualitative Research Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

CHERQUES, H.R.T. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, São Paulo, v. 03, p. 20-27, 2009.

COLOMBO, I. M.; BALLÃO, C. M. Histórico e aplicação da legislação de estágio no Brasil. **Educar em Revista**, v. 53, p. 171-86, 2014.

CAMELO, S. H. H.; et al. Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. **Ciencia y enfermeria**. v. 12, n. 1, p. 75-86. 2016.

ESTEVAM, L. A.; et al. O líder do enfermeiro nas situações de emergência no hospital: visão dos técnicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE Online**. v. 11, n. 4, p. 1709-1715, 2017.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências**: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

FURBINO, M. Plano de Carreira: sua empresa tem que fazer um!. *Documento Eletrônico*. 2008. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/plano-de-carreira-sua-empresa-tem-que-fazer-um/20877/>.

HOLANDA, F. L.; MARRA, C. C.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 308-314, 2015.

LAVICH, C. R. P.; TERRA, M. G.; MELLO, A. L.; RADDATZ, M.; ARNEMANN, C. T. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem.

**Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, e62261, 2017.

LEAL, L. A.; SOARES, M. I.; SILVA, B. R.; BERNARDES, A.; CAMELO, S. H. H. Clinical and management skills for hospital nurses: perspective of nursing university students. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 7, n. Suppl4, p. 1514-21, 2018.

NOGUEIRA, F. J. S.; FILHO, C. R. C.; MESQUITA, C. A. M.; MOURA, I. F. A.; SOUZA, E. S.; BEZERRA, F. S. Satisfação dos profissionais da estratégia saúde da família no município de Fortaleza (CE). **Rev Saúde e Pesquisa, Maringá (PR)**, v. 12, n. 1, p. 151-158, 2019.

OLIVEIRA, D. A.; GONÇALVES, R. S.; BARBOSA, A. C. Q. Percepção dos gestores de recursos humanos em relação ao modelo de gestão por competências. **Faculdade Santo Agostinho Revista FSA**, Teresina, v. 11, n. 2, p. 01-26, 2014.

ROCHA, M. D. S. **A importância da educação permanente para a equipe de enfermagem em um serviço de urgência e emergência**. 2014. 16 f. Trabalho de conclusão de curso (especialização em urgência e emergência)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SAFADI, R.; JARADEH, M.; BANDAK, A.; FROELICHER, E. Competence assessment of nursing graduates of Jordanian universities. **Nursing and Health Sciences**, v.12, n. 2, p. 147-154, 2010.

SATU, K. U.; LEENA, S.; MIKKO, S.; RIITTA, S.; HELENA, L. K. Competence areas of nursing students in Europe. **Nurse Education Today**, London, v. 33, n. 6, p. 625-633, jun. 2013.

SILVA, D. S.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S.; ROCHA, F. L. R.; CALDANA, G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 211-219. 2014.

THOFERHN, M. A. **Enfermagem: manual de gerenciamento**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2016.

TREVISIO, P.; PERES, S. C.; SILVA, A. D.; SANTOS, A. A. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, p. 1-15, 2017.

## FATORES DE RISCO PARA LESÃO DE CÓRNEA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 19/12/2019

### Queila Faria dos Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro-Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ/EEAN.

### Graciele Oroski Paes

Universidade Federal do Rio de Janeiro-Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ/EEAN.

### Marília Gomes e Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro-Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ/EEAN.

### Carlos Rodrigo Morais de Oliveira

Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy

**RESUMO:** O objetivo do estudo foi analisar a produção científica sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão de córnea em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Para tanto foi realizado uma revisão integrativa da literatura. Para a busca dos artigos científicos foram utilizadas as bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF. As consultas foram realizadas de setembro de 2018 a junho de 2019. Após diferentes cruzamentos foram selecionados 06 artigos para análise crítica. Os estudos revelaram que doença vascular e metabólica (diabetes e dislipidemia) possui forte associação com o diagnóstico de lesão na córnea na terapia intensiva; o uso de sedativos

aumenta as chances para desenvolver lesão de córnea; o principal fator de risco desse tipo de lesão é a deficiência ou ausência de lubrificação do olho, o tempo médio para o desenvolvimento de lesão na córnea está entre 24 horas a 8,9 dias. A ausência/negligência do cuidado com olhos se apresenta como fator de risco para lesão na córnea; deve-se implementar medidas de prevenção de lesão na córnea nas primeiras 12 horas de internação. Entende-se que há uma necessidade de produzir evidências científicas que sustentem e transformem a prática assistencial para que riscos inadmissíveis como a negligência do cuidado com os olhos sejam suprimidos a partir do cuidado seguro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fatores de risco; doenças da córnea; unidades de terapia intensiva.

### RISK FACTORS FOR CORNEA INJURY IN THE INTENSIVE THERAPY UNIT: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** The objective of this study was to analyze the scientific production on risk factors for the development of corneal injury in intensive care unit patients. Therefore, an integrative literature review was performed. To search the scientific articles, the LILACS, MEDLINE and BDNF data bases were used. The consultations were held from September 2018 to June 2019. After different intersections, 06 articles were



selected for critical analysis. Studies have shown that vascular and metabolic disease (diabetes and dyslipidemia) are strongly associated with the diagnosis of intensive care corneal injury; the use of sedatives increases the chances of developing corneal injury; The main risk factor for this type of injury is the deficiency or lack of lubrication of the eye, the average time for development of corneal injury is between 24 hours to 8.9 days. The absence / neglect of eye care is a risk factor for corneal injury; Corneal injury prevention measures should be implemented within the first 12 hours of hospitalization. It is understood that need to produce scientific evidence that supports and transforms care practice so that in admissible risks such as negligence of eye care are suppressed from safe care.

**MeSH:** Risk factors, Corneal diseases; Intensive Care Units.

## INTRODUÇÃO

Localizada na parte anterior do globo ocular a córnea possui alta resistência mecânica conferindo estrutura e proteção ao olho. Os elementos de proteção, considerados anexos do olho, compreendem os supercílios, cílios, pálpebra e glândula lacrimal. As lágrimas umedecem constantemente a córnea impedindo seu ressecamento. Nesse processo de lubrificação o piscar das pálpebras é indispensável para proteção fisiológica da córnea (AZEREDO, 2015).

De um modo geral, a lesão na lesão pode ser definida como lesão inflamatória ou infecciosa no tecido corneano que pode atingir camadas superficiais ou profundas. Se não prevenida ou tratada adequadamente, pode levar a prejuízo visual temporário ou definitivo para o indivíduo, dependendo do grau de acometimento tissular (ALVARENGA, 2010; ARAÚJO, 2017).

O paciente internado na unidade de terapia intensiva (UTI) possui alto risco de desenvolver lesão na córnea. A exposição da córnea é comum em pacientes nesse cenário. Os fatores que justificam essa situação estão atrelados à terapêutica implementada, que por vezes, como ressaltado por Rosenberg e cols. (2008), resulta em rebaixamento de nível de consciência e depressão do sistema nervo central, o que compromete a lubrificação e proteção do olho. Ahmadi-Nejad (2012) ressalta que esse quadro é agravado pela negligência no cuidado com olho.

A UTI é responsável pela assistência ao paciente em condições grave ou de risco. Nesse contexto é de extrema importância uma visão holística que contemple todas as necessidades do paciente, entretanto, a própria dinâmica do ambiente pode levar a priorização de cuidados imediatos ao paciente crítico em detrimento de outros cuidados essenciais.

Evidências científicas tem comprovado que procedimentos considerados de baixa complexidade são colocados em segundo plano em virtude da alta tecnologia vinculada à prática do cuidar na UTI como afirmado por Oliveira e cols. (2016).

Estudos randomizados revelaram uma taxa de lesão na córnea em pacientes sedados variando de 3,33 e 22%. E ainda, uma outra pesquisa mostrou que 60% dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva que receberam sedação por mais de 48 horas desenvolveram abrasão corneano. Em um estudo de coorte prospectivo de um ano, realizado com 254 pacientes internados em UTI, detectou-se uma incidência de lesão de córnea de 59,4%, tendo como um dos principais fatores predisponentes piscar de olhos menor que cinco vezes por minuto (ALVARENGA et al, 2011).

Apesar de o olho ser um dos órgãos fundamentais dos cinco sentidos, o cuidado com este ainda não é uma prioridade no cenário da terapia intensiva. São consideráveis as perdas geradas no âmbito físico, emocional e social do paciente vítima de um evento oftálmico adverso, uma vez que, o comprometimento ocular pode prolongar o tempo de internação e causar complicações mais graves como a perda da visão, além de repercutir nas atividades diárias e laborais (OLIVEIRA et al., 2016).

A assistência de enfermagem na UTI conta com um arsenal de procedimentos e cuidados intensivos no que se refere ao ambiente, aos equipamentos e ao controle de infecções. Compete ainda à enfermagem o cuidado direto com o paciente possuindo, de acordo com Rosenberg e cols. (2008), papel de destaque na prevenção de lesões oculares por meio de avaliação clínica dos olhos, monitorização das complicações oftálmicas e promoção de cuidados oculares.

De acordo com a OMS a segurança do paciente é garantida quando se reduz a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado à saúde (BRASIL, 2014). Ao profissional de saúde cabe assegurar uma assistência de qualidade livre de danos evitáveis, e, para tanto, é necessário instrumentalizar a equipe multiprofissional para identificar o risco e prevenir possíveis eventos adversos (EA), com vistas à melhoria dos indicadores de qualidade de serviço prestado.

O enfermeiro é o profissional que está a maior parte do tempo com o paciente prestando cuidados diretos e contínuos. Laurenti e cols. (2015) ressalta que essa condição permite ao mesmo a elaboração de um plano de cuidados voltado para a eliminação de riscos e minimização de danos através de condutas individualizadas e criteriosas, considerando os fatores intervenientes na ocorrência de EA.

Para Massaroli e cols. (2015) a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) promove a continuidade do cuidado e qualifica as ações do enfermeiro, subsidiando-o na tomada de decisão. Dessa forma a execução do cuidado é resultado de um processo organizado e orientado que culmina em uma visão holística do sujeito/paciente.

Estudos realizados por Alvarenga e cols. (2011) e Oliveira e cols. (2016) revelaram que, no contexto da UTI, o cuidado ocular tem sido negligenciado, a

higiene e a proteção ocular por vezes não são realizadas, predispondo o paciente a risco de eventos adversos oftálmicos. A alta incidência de lesão na córnea, evento adverso evitável, em pacientes da UTI revela a fragilidade nas estratégias implementadas na prevenção e controle de lesão na córnea.

Através do diagnóstico de enfermagem o enfermeiro identifica problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde (NANDA, 2018). Ao oportunizar de forma sistemática a identificação de fatores que tornam o indivíduo suscetível ao desenvolvimento de um problema/agravo de saúde são planejadas intervenções que resultem na sua não ocorrência, tendo repercussões na redução da incidência de eventos adversos e na promoção do cuidado seguro. Apesar dos profissionais possuírem uma inclinação para os diagnósticos com foco no problema de saúde, NANDA (2018) evidencia que os diagnósticos de risco podem, por vezes, ser o de maior prioridade.

Em 2013 o diagnóstico Risco de lesão na córnea foi proposto pela taxonomia NANDA e em 2017 houve sua validação. A partir do julgamento clínico o enfermeiro pode atuar com mais segurança e precisão na proposição dos cuidados ao paciente, como exposto por Araújo e cols. (2017). Dessa forma, o novo diagnóstico foi um marco substancial para padronizar critérios na avaliação da córnea que suportem a classificação do risco e a monitorização das intervenções para prevenir e tratar lesões. No entanto é muito tímida a produção científica sobre o tema, e, no Brasil, os estudos se tornam ainda mais diminutos.

Os resultados do estudo realizado por Freitas e cols. (2018) com enfermeiros de UTI trouxeram a tona que as córneas eram invisíveis aos olhos dos profissionais, passando despercebidas durante a avaliação clínica, e, conseqüentemente, houve ausência de cuidados necessários para a manutenção de sua integridade e funcionalidade.

Com base no parágrafo anterior, observa-se uma realidade insegura que necessita de uma intervenção imediata. Alvarenga (2010) cita dois aspectos importantes que sustentam essa realidade, a saber, a falta de conhecimento do enfermeiro e da equipe multiprofissional a cerca da anatomia, fisiologia e avaliação ocular e os cuidados a serem implementados, e, a casuística diminuta de estudos que vislumbrem sobre a temática. Soma-se a essas fragilidades o conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis do diagnóstico que se apresenta como um fator de risco para o desenvolvimento de lesão na córnea, de acordo com NANDA (2018), denunciando a necessidade de subsidiar/ orientar/ dar condições ao enfermeiro para realizar o diagnóstico e prescrever os cuidados específicos.

Tornam-se oportunos estudos que se debrucem sobre os fatores de risco para lesão na córnea em pacientes da UTI, visto a alta incidência desse evento adverso oftálmico e suas repercussões, e, o conhecimento incipiente sobre a temática,

promotores de atos inseguros. Sendo assim, a presente pesquisa traçou como questão norteadora: *Quais os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão na córnea em pacientes internados em unidade de terapia intensiva?* Para atender a demanda/problemática os objetivos do estudo são: analisar a produção científica sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão de córnea em pacientes internados em unidade de terapia intensiva.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujo propósito é reunir o conhecimento produzido sobre um tema e identificar, avaliar e sintetizar os resultados de pesquisas em uma área particular, no caso, no que se refere aos fatores de risco para o desenvolvimento de lesão na córnea em pacientes internados em UTI.

A pesquisa atendeu as seis etapas da revisão integrativa, que de acordo com Mendes (2008) podem ser divididas em:

Quais os fatores intervenientes no processo de adaptação da criança na creche

**1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa:** a partir das vivências da pesquisadora surgiu a necessidade de aprimorar os conhecimentos acerca dos fatores de risco para lesão na córnea em pacientes de terapia intensiva para subsidiar o enfermeiro no julgamento clínico, prescrição e implementação de cuidados específicos. Partindo dessa demanda, a pesquisa suscitou o tema “*Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão na córnea em pacientes da UTI*”. E foi proposta a seguinte questão norteadora “*Quais os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão na córnea em pacientes internados em unidade de terapia intensiva?*”

**2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos:** A partir da questão de pesquisa, foram selecionados descritores listados na terminologia em saúde dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS-BIREME), a saber: *fatores de risco, doença na córnea e terapia intensiva*.

Vale destacar que o vocabulário estruturado e trilingue DeCS foi criado pela BIREME para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para a busca dos artigos científicos foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), além da Scientific Electronic Library Online (SCIELO). As

consultas foram realizadas de setembro de 2018 a junho de 2019.

Os critérios de inclusão foram trabalhos com resultados de pesquisa ou relatos de experiência que abordassem direta ou indiretamente os fatores de risco para lesão na córnea em pacientes em UTI, artigos científicos nos idiomas português, inglês e espanhol publicado nos últimos cinco (05) anos. E como critérios de exclusão: produção duplicada, cartas, editoriais e artigos que na sua íntegra não possuía relação com o tema.

**3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos:** nessa etapa foram definidas as informações que seriam extraídas dos artigos selecionados. Assim, após a leitura na íntegra de cada um dos artigos, foi preenchido um instrumento, elaborado pelas autoras contendo: *nome do autor, objetivo do estudo, tipo de estudo e principais considerações levando em conta o objeto de estudo.*

**4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:** essa etapa visa garantir a validade da revisão por meio de uma análise detalhada e crítica.

**5) Interpretação dos resultados:** nesse momento promoveu-se a discussão dos principais resultados encontrados, o que permitiu gerar conclusões, e implicações para a prática de enfermagem.

**6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento:** essa etapa é o relatório final que apresenta a descrição das etapas percorridas e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura seletiva 06 publicações passaram pela análise crítica sendo que desses 03 artigos refletem sobre a produção diminuta sobre a temática no campo da enfermagem e a fragilidade no conhecimento acerca dos fatores de risco, 02 publicações trazem comparações entre os métodos de prevenção para lesão de córnea diante dos fatores de risco e apenas 01 estudo aborda especificamente os fatores de risco para desenvolver lesão de córnea em pacientes internados em unidade de terapia intensiva.

Uma coorte realizada com 230 pacientes internados na terapia intensiva encontrou uma incidência para olho seco de 53%. Dos pacientes estudados 54, 3% apresentaram lesão de córnea, sendo, em sua grande maioria, a lesão do tipo punctata. O período de tempo para ocorrência do olho seco é relativamente pequeno e a pesquisa revelou forte associação entre o tempo para o desenvolvimento do olho seco com doença vascular, oxigênio em ar ambiente e piscar de olhos maior que cinco vezes por minuto.

Diversos são os fatores encontrados na literatura que favorecem o

aparecimento do olho seco, a saber: valores obtidos com o APACHE II, TISS 28, tempo de internação, intubação, Ventilação Mecânica (VM), pontuação na escala de coma de Glasgow, tempo de VM, hipnóticos/ sedativos/ansiolíticos, balanço hídrico/ evolução diária (positivo), lagofalmo, quemose e anasarca.

Um estudo demonstrou que doença vascular e metabólica (diabetes e dislipidemia) apresentou forte associação com o diagnóstico de lesão na córnea em UTI, sendo que pacientes com doença vascular possuíram maior probabilidade de desenvolver lesão na córnea quando comparados com pacientes com doença metabólica. As associações podem ser justificadas pela deficiência na irrigação e obstrução dos vasos sanguíneos. Esse mesmo estudo constatou associação entre o uso de atropina, hemorragia subconjuntival e infecção ocular com o risco de lesão na córnea.

O uso de sedativos possui como desfecho secundário o fechamento por vezes parcial das pálpebras e o piscar de olhos menor que cinco vezes por minuto. Pacientes intubados podem fazer edema palpebral devido o uso de dispositivo de fixação do tubo, além da presença de agentes sedativos e com eles suas repercussões hemodinâmicas. A ventilação mecânica em si já é um fator de risco para lesão de córnea, riscos que estão desde os parâmetros ventilatórios até a aspiração assistida em sistema aberto. Nota-se portanto que todos os processos que se apresentam como risco para lesão na córnea possuem em comum o comprometimento dos mecanismos de lubrificação dos olhos, levando ao desenvolvimento do olho seco e lesão de córnea.

O principal fator de risco para lesão da córnea em pacientes da terapia intensiva é a deficiência ou ausência de lubrificação do olho. Prevenir o olho seco e mitigar o risco de lesão da córnea. Estudos comprovaram que medidas simples são eficazes na prevenção da lesão e destacam a participação da enfermagem nesse processo desde a avaliação e diagnóstico até prescrição de cuidados, implementação e avaliação dos resultados.

Em média um paciente da UTI desenvolve lesão na córnea entre 24 horas a 8,9 dias. Acredita-se que os riscos diminuem proporcionalmente com o número de dias internado. Tal fato está associado a melhora clínica do paciente que geram repercussões diretas nos fatores de risco, isto é, o paciente se encontra extubado, reduzida a sedação, balanço hídrico equilibrado etc. Em suma o paciente encontra-se menos exposto aos fatores de risco e apresenta uma melhora nos mecanismos de lubrificação, manutenção e proteção dos olhos.

A ausência/negligência do cuidado com olhos se apresenta como fator de risco para lesão na córnea. Não há na literatura um consenso sobre o melhor cuidado para sua prevenção, entretanto, sabe-se que a higiene ocular, o uso de colírios, gel/ pomada ocular e filme de polietileno possuem impacto significativo na incidência de



eventos adversos oftálmicos. Há até estudos que indicam o filme de polietileno como melhor medida de prevenção, no entanto, são necessários estudos que comparem todos os cuidados recomendados.

No Brasil, um estudo caso-controle foi realizado comparando filme de polietileno, gel ocular e colírio versus higiene ocular. Constatou-se que o filme de polietileno é o mais eficiente na prevenção de lesão na córnea. Porém todos os cuidados apresentaram resultados positivos como medidas de proteção de danos oculares. E, ainda, o filme de polietileno foi o que apresentou menor custo dentre os cuidados.

Vale ressaltar que quando o filme de polietileno foi comparado com o gel ocular não houve diferença estatisticamente significativa. Esse achado se torna interessante para prática assistencial, uma vez que, pacientes acordados/ despertos possuem pouca tolerância ao uso do filme.

Evidências científicas demonstraram que deve-se implementar medidas de prevenção de lesão na córnea nas primeiras 12 horas de internação na UTI, visto que o risco de lesão na córnea é quase nulo. Já nas próximas 48 horas é excepcional a manutenção desse cuidado, esse período é considerado crítico, isto é, o de maior risco para o desenvolvimento da lesão de córnea. A partir do segundo dia de internação a probabilidade de prevenção se estabiliza.

## CONCLUSÃO

O paciente da terapia intensiva está em risco de desenvolver risco de lesão na córnea. São diversos os fatores que contribuem para esse evento adverso oftálmico, e perpassam pelo quadro clínico, doenças de base, terapêutica implementada, ambiente e assistência prestada.

Muitos fatores de risco não são modificáveis, no entanto, medidas simples de prevenção possuem grande impacto sobre a incidência de lesão na córnea em pacientes da UTI quando implementadas mediante a exposição desses fatores.

A higiene ocular, o uso de colírios, gel/pomada ocular e filme de polietileno possuem impacto significativo na incidência de eventos adversos oftálmicos. A enfermagem possui um papel de destaque na prevenção de lesões oculares por meio de avaliação clínica dos olhos, monitorização das complicações oftálmicas e promoção de cuidados oculares.

A presente pesquisa analisou a produção científica sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão de córnea em pacientes internados em unidade de terapia intensiva, alcançando, desta forma o objetivo proposto. No entanto, teve como limitação a produção ainda tímida sobre a temática. Entende-se que há uma necessidade de produzir evidências científicas que sustentem e transformem a

prática assistencial para que riscos inadmissíveis como a negligência do cuidado com os olhos sejam suprimidos.

## REFERÊNCIAS

- AHMADI-NEJAD. M, RANJBAR. H, KARBASI. N, BORHANI. F, KARZARI. Z, MAHDI M. Comparing the Effectiveness of Two Methods of Eye Care in the Prevention of Ocular Surface Disorders in Patients Hospitalized in Intensive Care Unit. **J Army Univ Med Sci.** v.10, n. 4, p. 323-328, 2012.
- ALVARENGA, A. **Lesão de córnea: incidência e fatores de risco em Unidades de Terapia Intensiva de adultos.** Dissertação de mestrado. 2010.
- ALVARENGA, A., ERCOLE F. F., BOTONI, F. A., OLIVEIRA, J. A. D. M. M., CHIANCA, T.C.M. Lesões na córnea: incidência e fatores de risco em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.19, n. 5, p. 1-9, 2011.
- ARAÚJO, D.D., RIBEIRO, N. S., SILVA, P. M. A., MACIEIRA, T. G. R. M., SILVA, P. L. N., CHIANCA, T. C. M. Olho seco em pacientes críticos: revisão integrativa. **RevFunCare Online.** v. 9, n. 4, p. 907-916, 2017.
- AZEREDO, A. P. **LÁGRIMA E CÓRNEA.** V. 4, n. 6, p. 378-391, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente p. 1-40, 2014.
- FREITAS, L. S., FERREIRA, M. A., ALMEIDA, F. A. J., SANTOS, C. C. G., SILVA, L. B. Lesões na córnea em usuários sob os cuidados intensivos: contribuições à sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. **Texto contexto - enferm. [online].**v. 27, n.4, p.1-10, 2018.
- LAURENTI, T. C., et al. Gestão Informatizada de Indicadores de Úlcera Por Pressão. **J. healthinform;** v. 7, n. 3, 2015.
- MASSAROLI, RODRIGO. ET AL. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc. Anna Nery [online].** v. 19, n. 2, p. 252-258, 2015.
- MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. C. P., GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **TextoContextoEnferm.**v.17, n. 4, p.758-64, 2008.
- NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018- 2020** [recurso eletrônico] / [NANDA International. 11. ed. – Porto Alegre: Artmed. P. 1-1187, 2018.
- OLIVEIRA, R. S., FERNANDES, A. P. N. L., BOTARELLI, F. R., ARAÚJO, J. N. M., BARRETO, V. P., VITOR, A. F. Risk factors for injury in the cornea in critical patients in intensive care: an integrative review j. **Res.: fundam. Care.** Online 2016. v. 8, n. 2 , p. 423- 4434 , 2016.
- ROSENBERG, J. B., LEWIS, A. EISEN, M. D. Eyecare in the intensive care unit: Narrative review and meta-analysis. **CritCare Med.** p. 5-305, 2008.

## FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS A POLIMEDICAÇÃO EM IDOSOS

Data de aceite: 19/12/2019

### Flávia Marques da Silva

Universidade Paulista Unip, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP  
Mestranda em Psicogerontologia pela Faculdade Educatie em Mogi das Cruzes, SP

### Fernanda Marques da Silva

Universidade Paulista Unip, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP  
Mestranda em Psicogerontologia pela Faculdade Educatie em Mogi das Cruzes, SP

### Márcio Antonio de Assis

Universidade de Mogi das Cruzes, Curso de Enfermagem, Mogi das Cruzes, SP, Doutor em Engenharia Biomédica pela Universidade de Mogi das Cruzes, SP

**RESUMO:** O envelhecimento leva ao aparecimento de diversas doenças, contribuindo para a polimedicação. A definição de polimedicação é um importante indicador da qualidade de saúde dos idosos, uma vez que o uso simultâneo de diversos medicamentos, prescritos e/ou oriundos de automedicação, podem provocar reações adversas e/ou interações medicamentosas, toxicidade cumulativa, erros de medicação, morbimortalidade associada e diminuir a adesão ao tratamento. São diversos os fatores que podem contribuir para que ocorra erros

na administração de medicamentos, porém deve-se levar em consideração a condição dos idosos e que em muitos casos a polimedicação é indispensável. Muitas vezes, para os idosos a simples tarefa de tomar as medicações torna-se muito complexa, isto deve-se ao fato de terem comprometimento da memória, doenças crônicas, déficit cognitivo, etc. O objetivo deste estudo é identificar os principais fatores de riscos relacionados aos idosos em uso de polimedicação. Portanto, é imprescindível que sejam desenvolvidas estratégias para se evitar os riscos inerentes a polimedicação

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso; Polimedicação; Enfermagem

### RISK FACTORS ASSOCIATED WITH POLYMEDICATION IN ELDERLY

**ABSTRACT:** Aging leads to the onset of several diseases, contributing to polymedication. The definition of polymedication is an important indicator of the quality of health of the elderly, since the simultaneous use of various prescription and / or self-medication may cause adverse reactions and / or drug interactions, cumulative toxicity, medication errors, associated morbidity and mortality and decrease treatment adherence. There are several factors that may contribute to medication administration errors, but the condition of the elderly should be

taken into account and that in many cases polymedication is indispensable. Often, for the elderly the simple task of taking medications becomes very complex, due to the fact that they have memory impairment, chronic diseases, cognitive deficit, etc. The aim of this study is to identify the main risk factors related to the elderly in use of polymedication. Therefore, it is essential that strategies be developed to avoid the risks inherent in polymedication.

**KEYWORDS:** Elderly Health; Polymedication; Nursing

## 1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento é caracterizado por diversas alterações fisiológicas no corpo humano, repercutindo tanto sobre os aspectos físicos como mentais (SANTOS, SILVA JÚNIOR, GALIZA, LIMA, VELOSO e MONTEIRO, 2016).

Com o aumento desta população, conseqüentemente, houve uma alta incidência de doenças crônica-degenerativas não transmissíveis (DCNT), bem como o aumento das incapacidades, das internações hospitalares e da polifarmácia geriátrica (TAVARES, JESUS, MACHADO, BRAGA, TOCANTINS e MERIGHI, 2017).

O envelhecimento leva ao aparecimento de diversas doenças, sendo que as crônicas são as que mais contribuem para a polimedicação. A terapia polimedamentosa pode ser definida como o uso simultâneo e de forma crônica de diversas medicações (geralmente 5 ou mais) quer seja, por meio de prescrições ou pela automedicação (CREMER, GALDINO e MARTINS, 2017).

A prevalência da polifarmácia em idosos varia entre 39% e 45% em países desenvolvidos. Já no Brasil, um estudo realizado com idosos residentes no Município de São Paulo, mostrou uma prevalência da terapia polimedamentosa de 36% (ALMEIDA, REINERS, AZEVEDO, SILVA, CARDOSO e SOUZA, 2017).

A polifarmácia pode ser devido ao uso contínuo de medicamentos para o tratamento das comorbidades nos idosos ou usados para tratar os efeitos adversos causados por medicações sem necessidade, caracterizando assim, a automedicação e com isso, cria-se um ciclo vicioso (SILVA, BRUNIERA e BORIN, 2017).

Embora os medicamentos tenham finalidades excelentes para o tratamento das doenças, quando utilizados em uma quantidade excessiva podem trazer vários resultados indesejáveis à saúde, tais como: o aumento na ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas; menor adesão à terapêutica; redução da capacidade funcional e declínio cognitivo do idoso. Além desses prejuízos, há uma necessidade maior de cuidados assistenciais, aumento do número de internações e dos custos para o sistema de saúde (ALMEIDA, REINERS, AZEVEDO, SILVA, CARDOSO e SOUZA, 2017).

Dessa forma, surgem questionamentos inerentes a esse processo, como: Quais são as dificuldades enfrentadas pelos idosos em uso da polimedicação? O que pode ser feito para minimizar os erros relacionados à terapêutica polimedicação?

Muitas vezes, para os idosos a simples tarefa de tomar as medicações torna-se muito complexa, isto deve-se ao fato de terem comprometimento da memória, doenças crônicas, déficit cognitivo, entre outros fatores.

Diante disso, se torna de extrema importância a discussão sobre essa temática, pois com o aumento da população idosa e as várias patologias que os acomete, conseqüentemente há um consumo maior de fármacos por esta população e com isso, há um risco aumentado de possibilidades de erros. Portanto, é imprescindível que sejam desenvolvidas estratégias para se evitar os riscos inerentes da polimedicação.

## 2 | POLIMEDICAÇÃO

A definição de polimedicação é um importante indicador da qualidade de saúde dos idosos, uma vez que o uso simultâneo de diversos medicamentos, prescritos e/ou oriundos de automedicação, podem provocar reações adversas e/ou interações medicamentosas, toxicidade cumulativa, erros de medicação, morbimortalidade associada e diminuir a adesão ao tratamento. Porém, deve-se levar em consideração a condição dos idosos e que em muitos casos a polifarmácia é indispensável (HENRIQUES, 2016).

Os medicamentos possuem diversas funções e atuam no alívio de sintomas, cura de doenças, prevenção e diagnóstico. Porém, os medicamentos prescritos para a população idosa devem levar em consideração a relação risco-benefício para auxiliar na conservação da capacidade funcional, e não no seu comprometimento (CECCHIN, LIMA, TOMICKI e PORTELLA, 2014).

Contudo, determinados tipos de medicamentos são considerados de alto risco para pacientes idosos, devendo ser evitados pelo fato de não serem efetivos (HINKLE e CHEEVER, 2016).

Sendo assim, a instituição de uma determinada terapêutica deve prezar: o uso racional de medicamentos, assegurando que esta seja bem tolerada pelo indivíduo, bem como avaliar o risco-benefício do uso concomitante de diversas medicações, excluindo as drogas desnecessárias ou aquelas com alto risco à saúde (PERIQUITO, 2014).

O estado de nutrição, hidratação, a função renal, a função hepática, as alterações cardiovasculares, as mudanças do débito cardíaco, os distúrbios gastrointestinais e as modificações de absorção e outras doenças são fatores que interferem na farmacoterapia (GERALDO, PEREIRA e PINTO, 2015).

Ao se prescrever medicamentos para idosos, é relevante conhecer as alterações estruturais e funcionais que são específicas da idade e que alteram significativamente a farmacocinética e a farmacodinâmica das substâncias. Essas mudanças que ocorrem nos idosos e que prejudicam o uso dos medicamentos está relacionada à sua absorção, distribuição, metabolismo e eliminação (SILVA, BRUNIERA e BORIN, 2017).

As medicações tem sido primordiais no tratamento para o controle e prevenção das DCNT, em especial doenças mais prevalentes, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Contudo, cerca de 40% das admissões hospitalares de pacientes idosos estão relacionadas às complicações resultantes da utilização de medicamentos, incluindo os efeitos tóxicos decorrente do seu uso (HENRIQUES, 2016).

O alto consumo de medicamentos nesta população acarreta no aumento da incidência de reações adversas, interações medicamentosas, ocasionando na desistência do idoso ao tratamento, alta taxa das hospitalizações e dos custos com assistência à saúde (GERALDO, PEREIRA e PINTO, 2015).

O uso da polimedicação pelos idosos acaba ocasionando reações adversas por causa de interações medicamentosas, múltiplos efeitos dos medicamentos, toxicidade cumulativa e erros de medicação (HINKLE e CHEEVER, 2016).

Parte dos efeitos adversos que ocorrem nos idosos estão relacionados a erros de prescrição, tais como: a utilização de doses excessivas sem levar em consideração o efeito da idade, da fragilidade, a função hepática e renal na farmacodinâmica e biodisponibilidade do medicamento no idoso (VIEIRA, 2015).

Quanto maior a quantidade de medicações utilizadas para as doenças e suas comorbidades, mais complexa será sua posologia e conseqüentemente maior a dificuldade em seguir o tratamento prescrito levando-os ao uso incorreto do medicamento (ALMEIDA, REINERS, AZEVEDO, SILVA, CARDOSO e SOUZA, 2017).

A complexidade dos esquemas medicamentosos, associado à falta de entendimento, ao esquecimento, a redução da acuidade visual e a destreza manual do idoso colaboram para que ocorra uma elevada quantidade de erros na administração de medicamentos. Além disso, deve-se levar em conta o elevado índice de analfabetismo, o que compromete assim o entendimento e leva ao uso incorreto da medicação (BEZERRA, BRITO e COSTA, 2016).

Outro fato importante comum entre os idosos, diz respeito ao mesmo ter várias receitas médicas, onde geralmente são prescritas diversas medicações e muitas das vezes com duplicidade terapêutica, isto é, princípios ativos com a mesma finalidade. Este fato ocorre devido a esse idoso passar em consulta com diversos médicos de especialidades distintas (TEIXEIRA, 2014).



A adesão à terapia medicamentosa é um ponto essencial para o sucesso do tratamento medicamentoso. A adesão à terapêutica melhora os sinais e sintomas das doenças, reduzindo assim o número de admissões hospitalares, a morbidade e a mortalidade destes indivíduos. Sendo assim, pode-se dizer que há uma relação entre a adesão à terapêutica e a maior sobrevida dos doentes (GROU, 2016).

A melhora da adesão ao tratamento medicamentoso é notoriamente verificado quando ocorre o esclarecimento do paciente quanto aos objetivos terapêuticos e à importância do uso correta da medicação (CONSTANTINO e FIGUEIREDO, 2015).

Desta forma, várias estratégias devem ser adotadas para evitar este problema, são elas: o fornecimento de caixas de comprimidos e calendários com o medicamento, o uso de rótulos legíveis, entre outros podem contribuir para melhora deste problema (LAVRADOR, 2016).

### **3 | FARMACOCINÉTICA E FARMACODINÂMICA NO IDOSO**

O envelhecimento traz consigo um conjunto de alterações fisiológicas. Estas, por sua vez, podem levar ao surgimento de várias comorbidades. A idade avançada por si só, já é um fator de risco para diversas doenças, assim como o risco de morte. A instituição do tratamento num idoso deve levar em consideração as mudanças dos padrões farmacocinéticos e farmacodinâmicos que caracterizam o envelhecimento. Contudo, este processo está condicionado, uma vez que os estudos realizados com medicamentos, não incluem esta faixa etária. Portanto, torna-se difícil compreender a forma como um medicamento age num indivíduo com 65 ou mais anos de idade (PERIQUITO, 2014).

No idoso acontecem várias alterações ao nível da farmacocinética, estas mudanças estão descritas no Quadro 1.

| ALTERAÇÕES FARMACOCINÉTICAS NO IDOSO   |
|--|
| Absorção – redução da acidez gástrica, da produção de saliva, do esvaziamento gástrico e do fluxo sanguíneo esplênico. Estes fatores prejudicam a absorção de vários medicamentos;   |
| Metabolização – redução do metabolismo hepático devido à diminuição do fluxo sanguíneo e dimensões hepáticas, com redução da atividade das enzimas metabólicas. Estas alterações a nível hepático levam ao acúmulo do medicamento no organismo que, conseqüentemente, pode levar a toxicidade e/ou interações entre fármacos;  |
| Eliminação – redução da filtração glomerular, da função tubular e do fluxo sanguíneo renal. Portanto, a excreção de diversas drogas fica comprometida e, como tal, a dosagem precisa ser ajustada;   |
| Distribuição – redução das proteínas plasmáticas, como a albumina, levando ao aumento da fração livre de alguns medicamentos. Já o aumento da gordura corporal, diminuição da massa magra e da água corporal pode levar a: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Redução do volume de distribuição dos medicamentos hidrofílicos e com janela terapêutica estreita (ex. lítio, digoxina) para os quais o não ajuste da dose pode levar ao aumento das suas concentrações plasmáticas e possível toxicidade.</li> <li>o Aumento do volume de distribuição dos medicamentos lipossolúveis (ex. benzodiazepinas de longa duração), atrasando os seus efeitos imediatos, com acúmulo da droga em seu uso continuado.</li> </ul> |

Quadro 1 – Alterações farmacocinéticas no idoso

Fonte: VIEIRA, 2015.

Com as mudanças a nível farmacocinético supracitadas, alguns medicamentos podem sofrer aumento ou diminuição das concentrações plasmáticas no organismo, sendo assim, leva a uma alteração do efeito original do medicamento. Estes fatores são determinantes na farmacodinâmica do mesmo. Com a idade há uma redução na homeostasia do organismo, levando conseqüentemente a uma diminuição de receptores de neurotransmissores. Este fato faz com que a resposta farmacológica dos medicamentos seja prejudicada (PERIQUITO, 2014).

A farmacodinâmica também fica alterada no idoso, por diminuição da expressão dos receptores e das respostas de sinalização celular, o que pode reduzir a eficácia dos medicamentos (ex. betabloqueadores e betaagonistas) ou mudar os mecanismos homeostáticos, levando ao aumento dos efeitos adversos. Portanto, os idosos são mais sensíveis aos medicamentos que faz uso, sendo indispensável ter um cuidado extra na dosagem da terapêutica a ser instituída (VIEIRA, 2015).

A polimedicação e as mudanças fisiológicas próprias do processo de envelhecimento que afetam a farmacocinética e a farmacodinâmica tornam o

idoso doente predisposto a um maior risco de ocorrência de reação adversa de medicamentos (RAMs), interações medicamentosas e prescrição inapropriada de medicamento (PIM). Estas, por sua vez, causam mais hospitalizações com custos associados (LAVRADOR, 2016).

#### 4 | FATORES DE RISCO PARA A POLIMEDICAÇÃO

A presença de diversas comorbidades é um importante fator de risco para a polimedicação. Algumas doenças crônicas são tidas como preditoras de polifarmácia, são elas: a Hipertensão Arterial, a Doença Cardíaca Coronariana, a Insuficiência Cardíaca, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, a Insuficiência Renal Crônica e a Diabetes *mellitus*, havendo uma correlação forte entre o número de patologias e o número de medicamentos utilizados (LAVRADOR, 2016).

Outro fato também associado a polimedicação é a auto-percepção de mau estado de saúde (com descontentamento com a vida, depressão, ansiedade e deficiente adaptação à doença), deficiência do estado nutricional, redução das capacidades funcionais e cognitivas, a presença de vários sintomas e o comportamento do doente, principalmente os que se auto-medicom com frequência (VIEIRA, 2015).

A idade é outro fator de risco, aumentando o número de medicamentos utilizados de acordo com a idade, tal como a prevalência das doenças. Por outro lado, apesar de o número de medicamentos consumidos ser maior no sexo feminino que masculino, esta diferença desaparece com o decorrer da idade (TEIXEIRA, 2014).

O género feminino tem sido apontado como sendo também um possível fator de risco da polimedicação. Todavia, nas idades mais avançadas, esta relação parece atenuar-se, pelo que as diferenças entre os géneros são menos identificadas (LAVRADOR, 2016).

Além disso, os fatores sociais, tais como baixas condições económicas e educacionais, solidão e a residência em zonas rurais parecem aumentar o risco da polifarmácia (VIEIRA, 2015).

As *guidelines* médicas são um importante fator de risco para a polimedicação uma vez que são voltadas apenas para uma patologia em particular, sendo que no idoso doente, geralmente com várias doenças, torna-se difícil a sua aplicação, levando conseqüentemente a terapia polimedicamentosa. De fato, as *guidelines* geralmente são baseadas em estudos com a população jovem, sem comorbidades, sendo os resultados posteriormente extrapolados erradamente para o doente idoso (VIEIRA, 2015).

A falta de *guidelines* específicas para o idoso doente pode levar os médicos

prescritores a adicionarem medicamentos a outros regimes, sem conhecer os possíveis efeitos advindos de uma possível interação quer com medicamentos quer inclusivamente com as doenças apresentadas. Portanto, não há dados sobre o uso dos fármacos associados, mas separadamente, aumentando o grau de incerteza na prescrição do doente idoso e com isso, aumentar o risco de RAMs, interações medicamentosas e outros problemas (LAVRADOR, 2016).

Outro fator importante diz respeito ao prescritor, o idoso doente muitas vezes passa em diversas consultas de especialidade diferentes, devido às suas múltiplas doenças, não sendo nelas avaliado holisticamente e por vezes desconhece a lista completa da medicação deste. Sendo assim, é de extrema importância que haja uma boa comunicação entre o médico e o idoso, visto que a sua falha pode levar a uma polimedicação desnecessária. Outro fato importante é a confiança do idoso no seu médico, que é fundamental, caso contrário não haverá adesão ao tratamento, podendo causar a falha na terapêutica ou mesmo reações adversas (VIEIRA, 2015).

A admissão hospitalar está associada a um aumento do número das prescrições de medicamentos, sendo considerada como um importante fator de risco para a polimedicação. Os idosos ao possuírem diversas patologias têm um alto risco de serem hospitalizados, quer por eventos agudos quer por complicações ou agudizações das suas doenças crônicas. Um estudo refere que o número de dias de internação é um aspecto que contribui para a polifarmácia. No entanto, a hospitalização por si só é um importante fator etiológico (LAVRADOR, 2016).

## 5 | CONSEQUÊNCIAS DA POLIMEDICAÇÃO

Existe um paradoxo entre a escolha de um tratamento polimedicamentoso e a prevenção das suas consequências, e isto constitui um desafio para os profissionais de saúde (COSTA, 2014).

O uso de diversos fármacos, principalmente quando são com medicamentos inapropriados, ocasiona um aumento dos custos, tanto para o idoso como para o sistema nacional de saúde, levando o mesmo a utilizar com mais frequência estes serviços, devido às reações adversas provocadas pelas medicações (VIEIRA, 2015).

O idoso muitas vezes é submetido a erros de prescrição que afetam a sua saúde e sua qualidade de vida. A medicação é apropriada quando tem indicação clara, tem boa tolerância e relação custo-eficácia. A PIM pode ser definida como a toma de fármacos ineficazes ou com uma razão risco-benefício alta e inclui medicamentos prescritos com posologia incorreta, ou em associação com outros fármacos ou patologias que elevam o risco de falência terapêutica, RAMs, bem como a subprescrição. A inadequação da medicação tem diversas consequências,

incluindo falta de adesão e RAMs que podem ser evitadas. Outro fato importante diz respeito a um aumento da morbimortalidade como resultado das PIM (TEIXEIRA, 2014).

É de extrema importância conhecer a polimedicação, os seus riscos e os resultados negativos em saúde decorrentes do seu uso, para que se possa atuar preventivamente, de forma a reduzir os riscos associados a estes e, conseqüentemente, diminuir os custos hospitalares resultante dele (LAVRADOR, 2016).

## 6 | MÁ ADESÃO TERAPÊUTICA

O cumprimento da prescrição médica por parte do doente é de fundamental importância para todo o processo de tratamento de uma doença. Nos idosos, cerca de 40% a 75% não adere ao tratamento prescrito, podendo esta manifestar-se, não só pelo não cumprimento da terapêutica, como também pela manutenção da utilização dos medicamentos já descontinuados pelo médico ou em doses diferentes das prescritas. De fato, esta pode ser causada e agravada por diversos fatores (VIEIRA, 2015):

- Polimedicação – o aumento da quantidade de medicamentos pode aumentar os custos económicos para o idoso, bem como à necessidade de regimes medicamentosos complexos, com diversas tomas diárias, dificultando assim a compreensão do regime prescrito e piora a adesão.
- Idade avançada – também associado a menores taxas de adesão, mas tem menor impacto nesta que a polifarmácia.
- Desconhecimento do motivo da medicação – Pode afetar negativamente a adesão terapêutica.
- Declínio cognitivo, déficits funcionais e incapacidade – Podem limitar a habilidade do idoso em gerir e consumir a medicação prescrita de forma correta, afetando a adesão terapêutica, podendo ocasionar os esquecimentos.
- Déficits visuais, auditivas e de memória
- Dificuldades económicas – Podem levar o idoso a omitir intencionalmente doses ou a optar por uma terapêutica descontínua, para diminuir os custos.
- Falta de apoio social, morar sozinho
- Depressão
- Dificuldade em visitar o seu médico
- Falta de comunicação com os profissionais de saúde – Pode levar o idoso a utilizar medicação que já foi suspensa pelo médico ou em doses diferentes

das prescritas.

- Falta de confiança no médico ou medicação – Pode levar o idoso a deixar de utilizar a medicação deliberadamente, por falta de percepção do benefício da mesma, preocupação em consumir muitas medicações, longa duração de tratamento ou ocorrência de efeitos adversos. É comum em fármacos de intuito preventivo para doenças não sintomáticas.
- Maior frequência de reações adversas, com redução da qualidade de vida
- Elevado risco de recaídas e re-hospitalização. Todavia, a falta de adesão terapêutica pode ter consequências sérias, como progressão da doença, falência do tratamento, maior risco de hospitalização e incidência de efeitos adversos dos medicamentos, que podem colocar em risco a vida do idoso.

Outros fatores que podem causar a baixa adesão à terapêutica são: a dificuldade de deglutição, a negação ou medo da doença, a diminuição da autoestima, a suspensão da medicação para ingestão de bebidas alcoólicas e o nível cultural do doente (LAVRADOR, 2016).

## 7 | ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO À TERAPÊUTICA

Várias estratégias podem ser utilizadas para tentar melhorar o cumprimento da terapêutica recomendada pelo médico. São elas: evitar a cascata de prescrição, incorporar a avaliação da adesão e de fatores de risco individuais na prática clínica, avaliar barreiras à adesão, tais como problemas financeiros, alterações cognitivas e da destreza, e ter sempre em conta as opiniões dos pacientes e dos cuidadores sobre o uso dos medicamentos (COSTA, 2014; TEIXEIRA, 2014).

É importante também levar em consideração a preferência do doente, o custo da medicação (ex: pode-se optar por genéricos), sendo também essencial simplificar o máximo o regime terapêutico, preferindo fármacos que só necessitam de uma administração diária e que tratem diversas condições em simultâneo. Além disso, também o uso de associações fixas e a remoção de fármacos desnecessários facilita a adesão terapêutica, diminuindo assim a lista de medicamentos consumidos diariamente. É fundamental verificar a existência de dificuldades de deglutição, uma vez que o idoso pode precisar de medicações sob a forma solúvel ou líquida; ou de problemas de coordenação, podendo ser preciso acoplar câmaras expansoras aos inaladores. Da mesma forma, deve ser feita a adequação das posologias com os hábitos do idoso, como as refeições, também mostrou ser útil neste campo. Deve-se explicar o regime terapêutico ao idoso ou ao seu cuidador, oralmente e por escrito fornecendo-lhe, por exemplo, uma tabela que deverá conter a medicação, dose e tempos de administração, e que devem ser escritos com letra legível e em tamanho considerável, para facilitar a leitura por indivíduos com déficits visuais. Também



é recomendável a utilização de caixas que ajudem na organização da medicação diária e o envolvimento ativo da família na medicação do idoso (VIEIRA, 2015).

Além disso, o *follow-up* do doente idoso favorece a adesão terapêutica, devendo ser recomendado ao mesmo que ele traga todas as medicações que faz uso a cada consulta, inclusive todas as prescrições, medicamentos comprados sem receita médica, vitaminas, suplementos dietéticos e produtos herbanários. Após, o idoso deve ser questionado sobre a forma como a consome e deve-se contabilizar o número de comprimidos restantes nas embalagens, para verificar se a terapêutica prescrita foi consumida de forma correta. Após a revisão da medicação, as que se encontram fora do prazo de validade ou que já não sejam necessárias devem ser descartadas (VIEIRA, 2015).

## 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas vezes, para os idosos a simples tarefa de tomar as medicações torna-se muito complexa, isto deve-se ao fato de terem comprometimento da memória, doenças crônicas, déficit cognitivo, etc.

Por esse motivo, o estudo da polifarmácia e suas características junto a vida dos idosos é de extrema importância, pois com o aumento da população idosa e as várias patologias que os acomete, conseqüentemente há um consumo maior de fármacos por esta população e com isso, há um risco aumentado de erros durante o uso destes medicamentos.

Portanto, é imprescindível que sejam desenvolvidas estratégias para se evitar os riscos inerentes a polimedicação. Desta maneira, percebe-se que é necessário cada vez mais, o enfoque junto às lacunas relacionadas ao conhecimento do impacto da polifarmácia na vida da população idosa, o que torna oportuno não somente o olhar dos profissionais, como também o desenvolvimento de estratégias que venham a somar-se a assistência e contribuir para uma maior efetividade e segurança nesse processo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.A.; REINERS, A.A.O.; AZEVEDO, R.C.S.; SILVA, A.M.C.; CARDOSO, J.D.C.; SOUZA, L.C. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 20(1): 143-153; 2017.

BEZERRA, T.A.; BRITO, M.A.A.; COSTA, K.N.F.M. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma unidade básica de saúde da família. **Cogitare Enferm.** 21(1): 01-11. Jan/mar; 2016.

CECCHIN, L.; LIMA, A.P.; TOMICKI, C.; PORTELLA, M.R. Polimedicação e doenças crônicas apresentadas por idosos de uma instituição de longa permanência. **Revista Científica nas Áreas de Fisioterapia e Envelhecimento Humano.** Ano 2, n. 1. Jan/Jun. 2014.

CONSTANTINO, J.; FIGUEIREDO, I.V. Polimedicação no idoso. Relato de um caso: Angina de peito e comorbilidades. **Acta Farmacêutica Portuguesa**. 4(1): 3-16; 2015.

COSTA, J.P.V. **Consequências da polimedicação em doentes idosos de ambulatório**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2014.

CREMER, E.; GALDINO, M.J.Q.; MARTINS, J.T. Implicações da polimedicação em idosos portadores de osteoporose. **J Nurs Health**. 7(1):78-88; 2017.

GERALDO, I.; PEREIRA, O.R.; PINTO, I.C. Adesão à terapêutica em idosos polimedicados. II **Congresso Internacional de Saúde**, Gaia-Porto, novembro, 2015.

GROU, A.S.O. **Seguimento Farmacoterapêutico em Idosos**. Mestrado em Farmácia. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Coimbra, Junho, 2016.

HENRIQUES, L.C.L. **Proposta para redução do uso irracional de medicamentos em idosos: efeitos da polifarmácia**. Monografia. Universidade Federal de Minas Gerais. Juiz de Fora, 2016.

HINKLE, J.L.; CHEVER, K.H. **Brunner & Suddarth - Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 13ªed. v. 1; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

LAVRADOR, M.T.A.A.P. **Polimedicação no idoso**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2016.

PERIQUITO, C.M.N. **Revisão da medicação em idosos institucionalizados: aplicação dos critérios de Beers, Stopp e Start**. Mestrado. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Outubro, 2014.

SANTOS, B.S.M.; SILVA JÚNIOR, F.J.G.; GALIZA, F.T.; LIMA, L.A.A.; VELOSO, C.; MONTEIRO, C.F.S. Polifarmácia entre idosos hospitalizados em um serviço público de referência. **Rev Enferm UFPI**. 5(1):60-66; Jan-Mar.2016.

SILVA, D.A.; BRUNIERA, L.B.; BORIN, F.Y.Y. Alterações na farmacocinética do idoso. **Revista Terra e Cultura: cadernos de ensino e pesquisa**. Londrina: Centro Universitário Filadélfia. 33, nov. 2017.

TAVARES, R.E.; JESUS, M.C.P.; MACHADO, D.R.; BRAGA, V.A.S.; TOCANTINS, F.R.; MERIGHI, M.A.B. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão Integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. 20(6): 889-900; 2017.

TEIXEIRA, J.T.P. **Polimedicação no idoso**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2014.

VIEIRA, P.A.F. **Polimedicação no idoso**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2015.

## GERONTOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA: SEGURANÇA E ACESSO DOS IDOSOS EM LOCAIS PÚBLICOS

Data de aceite: 19/12/2019

Data de submissão: 11/10/2019

### **Marcela Iartelli Silva**

UMC – Universidade de Mogi das Cruzes

Mogi das Cruzes – São Paulo

Link: <http://lattes.cnpq.br/2039580927825406>

### **Leonardo Moreira Dos Santos**

UMC – Universidade de Mogi das Cruzes

Mogi das Cruzes – São Paulo

Link: <http://lattes.cnpq.br/1846913026747808>

### **Tatiana Miyuki Ueyama**

UMC – Universidade de Mogi das Cruzes

Mogi das Cruzes – São Paulo

Link: <http://lattes.cnpq.br/0938649235458183>

### **Marcio Antonio de Assis**

UMC – Universidade de Mogi das Cruzes

Mogi das Cruzes – São Paulo

Link: <http://lattes.cnpq.br/3184429698442459>

### **Emilio Donizeti Leite**

UMC – Universidade de Mogi das Cruzes

Mogi das Cruzes – São Paulo

Link: <http://lattes.cnpq.br/3143281945274496>

**RESUMO:** A gerontologia, como ciência que estuda o processo de envelhecimento humano, volta-se a atenção às necessidades biopsicossociais do envelhecer. Teve o objetivo de identificar o conhecimento do

idoso sobre acessibilidade e condições que o município apresenta para o favorecimento de práticas voltadas à qualidade de vida. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa, a partir de questionário com questões fechadas e elaborado pelos autores, aplicado a 30 idosos, acima de sessenta e cinco anos de idade em locais públicos de Mogi das Cruzes, SP. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, por meio do parecer nº 2354814. Dentre os idosos, 53% classificaram os locais públicos como sendo regular referente a acessibilidade. Muitos sugeriram programas sociais que gostariam de ter acesso, como jogos interativos de bingo, dama, xadrez (40%), seguido das opções de parques com atividades voltadas a eles (37%) e atividades físicas com orientador (30%). Mesmo que existam atividades, nem todas são de conhecimento do público-alvo, ainda que haja interesse, por parte deles, em exercê-las. Não é possível, a partir dos dados obtidos, afirmar o porquê da população não ter ciência do que está disponível, mas é imprescindível desenvolver meios para que a informação chegue até eles. Percebeu-se a necessidade de buscar maneiras de melhor divulgar os programas e instituições que oferecem estes tipos de atividades, para proporcionar uma forma de aumentar o número de adeptos às

práticas de saúde e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gerontologia, acessibilidade ao idoso, qualidade de vida.

## GERONTOLOGY AND QUALITY OF LIFE: SAFETY AND ACCESS OF ELDERLY IN PUBLIC PLACES

**ABSTRACT:** Gerontology, as a science that studies the process of human aging, turns attention to the biopsychosocial needs of aging. The objective was to identify the knowledge of the elderly about accessibility and conditions that the municipality provides for the favoring of practices focused on the quality of life. The study is descriptive and exploratory with quantitative approach. It was applied a questionnaire with closed questions to 30 elderly people over 65 years old, in public places of Mogi das Cruzes, SP. Approved by the Research Ethics Committee Involving Human Beings, through report nº 2.354.814. It was noticed that not all of them are known by the target public, although there is an interest in exercising them. It is not possible, from the data obtained, to affirm why the population is unaware of what is available. It was concluded that there is a need to find ways to better disseminate the programs and institutions that offer these types of activities, thus improving the quality of life.

**KEYWORDS:** Gerontology; Accessibility for the elderly; Quality of life. Third Age.

### 1 | INTRODUÇÃO

A gerontologia é uma ciência que estuda o processo do envelhecimento do indivíduo, ou seja, ela investiga as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas a ação do tempo no organismo do homem, independente dele ter ou não uma patologia eminente, esta área em específico, procura buscar e proporcionar ao indivíduo qualidade de vida, condições básicas que envolvem desde o bem estar físico, mental, psicológico, emocional e social tendo em mente um envelhecimento digno e saudável. A gerontologia é um estudo mais aprofundado do envelhecimento humano, pois vai lidar com todas as necessidades do paciente (DAWALIBI, 2013).

O Estatuto do Idoso e a Política Nacional definem como idoso a pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos, porém, estudos sobre o envelhecimento demonstra que há a necessidade de avaliar outros quesitos além de idade cronológica, assim existindo o que é chamado de “velhices”, pois precisa-se levar em conta marcadores sociais como gênero, raça, etnia, classe social, geração, localidade, nível educacional, identidades sexuais, entre outros (DAWALIBI, 2013).

O processo do envelhecimento é um fenômeno, que afeta todos os indivíduos e faz parte do desenvolvimento humano. Com isso a Gerontologia passa a abordar o envelhecimento de uma forma integral, com olhar diferenciado, apontando para o indivíduo que passa por este processo em direção ao padecimento. A área apresenta

algumas medidas que se adaptam e tendem a prevenir esta decaída propondo atividades psicossociais promovendo a saúde dos indivíduos dentre a faixa etária (DAWALIBI, 2013).

Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) publicada em 29 de agosto de 2016 estima-se que a população idosa vai triplicar entre 2010 a 2050 atingindo cerca de 66,5 milhões de pessoas, correspondendo a 29,3 % da população total do Brasil. E ainda revela que esse salto no perfil da população acontecerá em 2030, onde o número de indivíduos acima de 60 anos ou mais de idade, ultrapassará o de crianças de 0 a 14 anos, podendo chegar a 17,6%, segundo estimativas do IBGE (IBGE, 2016).

Essa condição é evidenciada pelo número de crianças e jovens que vem diminuindo em relação a população acima de 40 anos de idade, especialmente os idosos. Diante disso, é importante abordar a gerontologia em todos seus aspectos, demonstrando a qualidade de vida em relação a alimentação, realização de atividades físicas, culturais e de lazer, além de abordar dificuldades encontradas pelo indivíduo dentro de seu município (IBGE, 2016).

O fato da população brasileira estar envelhecendo num aspecto numeroso ao passar dos anos, vem gerando diversos desafios para as pessoas que hoje já são consideradas idosas, o que aumenta a necessidade da criação e/ou ampliação de estruturas que passem a atender aos idosos, com grande disponibilidade em diversos locais. Sendo assim, mesmo conhecendo sobre os aspectos que norteiam e ajudam o idoso a melhorar ou manter uma boa qualidade de vida, percebe-se que a acessibilidade aos recursos disponíveis ainda não satisfaz adequadamente às suas necessidades.

Tal condição é percebida em estudos que abordam essa temática, considerando que cidadãos da terceira idade sofrem com questões como o abandono, a falta de uma ocupação e a carência por atividades que atendam às suas necessidades especiais. Cabe aos centros específicos ou até mesmo as entidades públicas a promoção de atividades e apresentar aos idosos, adaptando assim às necessidades, aos interesses, as possibilidades econômicas, culturais e sociais exemplo (REDANTE, GRIGOLLO e MELO, 2016).

No Brasil são poucos os exemplos de espaços adequados para as necessidades dos idosos, pois ainda enfrenta uma realidade diferente da dos países desenvolvidos, por não ser tão bom em fornecer um ambiente propício para o envelhecimento. O medo de crimes e o acesso ao transporte público são grandes questões para os idosos brasileiros. É comum encontrar ruas com calçadas irregulares ou mesmo com buracos, praças com barreiras físicas e técnicas, sem falar da dificuldade de acesso a bancos, farmácias, supermercados, hospitais e áreas de lazer (JUNIOR *et al*, 2013).

Dessa forma, entende-se que ao evidenciar o conhecimento sobre a acessibilidade aos recursos disponíveis e voltados a qualidade de vida, bem como a sua utilização no cotidiano dos idosos, será possível levantar hipóteses dos fatores que contribuem para o conhecimento/desconhecimento e identificar meios para facilitar essas práticas.

## 2 | METODOLOGIA

Consiste em uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em locais públicos da região do Alto Tietê, São Paulo. Por esta razão, não se fez necessária a solicitação junto a um estabelecimento específico, sendo dispensada a autorização para tais fins.

Participaram do estudo 30 idosos, de ambos os gêneros (feminino e masculino) a partir dos sessenta e cinco anos de idade. Para inclusão na pesquisa os idosos deviam ter faixa etária acima de 65 anos, sabiam ler, não estavam institucionalizados, ou seja, morando em residência própria ou similar (familiar responsável, aluguel, etc.) e aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE. Foram excluídos desta pesquisa indivíduos com idade inferior à 65 anos, que não sabiam ler, estavam institucionalizados, ou seja não morando em residência própria ou similar (familiar responsável, aluguel, etc.) e não aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE.

Foi utilizado um questionário estruturado, com questões fechadas, elaborado pelos pesquisadores. Estabelecendo em seu conteúdo, perguntas relacionadas aos dados de identificação e informações referentes ao estudo. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade de Mogi das Cruzes, sendo aprovado por meio do parecer nº 2.354.814.

Os integrantes do estudo abordaram os idosos em locais públicos e uma vez que demonstraram interesse em participar, os mesmos foram orientados sobre a pesquisa e seus objetivos, bem como foi conduzida pelos pesquisadores que estavam ao lado em todo momento em caso de surgir dúvidas do participante. A partir de sua aceitação, o participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) iniciando a sua participação na pesquisa.

A coleta de dados foi voltada em identificar o dia a dia daquele idoso, bem como do uso de medicamentos, atividades de lazer, alimentação, por meio da aplicação do questionário destinado a essa finalidade. Após a coleta de dados, foi realizada uma análise descritiva dos resultados encontrados, sendo que as respostas foram apresentadas por meio de números absolutos e percentuais



### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 30 indivíduos, com faixa etária a partir de 65 anos, e média de 70 anos de idade. De seu total, 57% dos participantes eram do gênero feminino e 43% do gênero masculino, selecionados aleatoriamente no município de Mogi das Cruzes. Dentre os idosos pesquisados, observa-se que 27% tem ensino fundamental completo, 33% ensino fundamental incompleto, 10% ensino médio completo, 7% ensino médio incompleto, 13% tem ensino superior completo, 3% ensino superior incompleto e 7% não souberam responder.

Nota-se que há uma predominância na escolaridade até o ensino fundamental, no qual se obteve 60% das respostas entre estes idosos. Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), divulgada pelo IBGE, em 2016, 51% da população com 25 anos ou mais no Brasil, possuíam apenas o ensino fundamental completo, e além destes dados, o mesmo indica a taxa de analfabetismo entre os idosos de 60 anos ou mais, que chega a 20,4%, desta parcela.

Percebe-se que as razões de muitos idosos não terem continuado os estudos se deve ao fato de que antigamente, os mesmos não tinham tantos recursos e acessibilidade como nos dias atuais, muitos não tinham condições de ir à escola, ou paravam de frequentar pra poder ajudar na renda familiar (MELO, FERREIRA e TEIXEIRA, 2016).

Muitos dos idosos, 74%, se classificam como independentes em relação a realização de atividades corriqueiras, apenas 3% é totalmente dependente, e o restante encontra necessidade de ajuda para algumas atividades. A maior dificuldade relatada por eles foi a realização de compras e realizar atividades bancárias, com 23 e 20% das respostas, respectivamente. Por outro lado, os idosos gostam e se cuidam para se sentirem úteis para as realizações cotidianas e, que se esforçam a se adaptarem às mudanças encontradas no mundo moderno, como por exemplo às tecnologias.

Trata-se de um grupo de indivíduos que se empenha em participar de atividades físicas, por estarem cientes que estas podem retardar os declínios funcionais e as limitações provenientes do envelhecimento, além de promover o contato social e de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos a ponto das pessoas idosas ficarem independentes o máximo possível, pelo período de tempo mais longo, o que pode explicar o aumento da expectativa de vida (DIAS *et al*, 2011).

Os idosos, hoje em dia, pensam muito no seu futuro em relação a precisarem de ajuda para as práticas diárias, compreendendo que o processo de envelhecimento humano faz com que o organismo passe fisiologicamente por declínio da Capacidade

Funcional (CF), e isto pode torná-lo frágil, sendo que, algumas vezes pode levar à dependência de outras pessoas (FLORIANO *et al*, 2012)

No processo senescente, algumas mudanças fisiológicas tornam-se mais visíveis e a capacidade funcional do idoso pode estar ou ficar comprometida. Nesse sentido, a dependência, perda da autonomia e o comprometimento de funções que dificultam a realização de atividades simples da vida, pode manifestar-se no idoso, exigindo cuidados constantes (FLORIANO *et al*, 2012).

Quanto às condições da alimentação, 83% realizam de 3 a 4 refeições diárias, com uma distribuição de alimentos que varia de legumes (87%) e verduras (28%) até proteínas como carnes (bovina 80% e suína 53%), peixes (77%) e frangos (80%). Atualmente, este tipo de alimentação é considerada como saudável e adequada, e analisando os dados da pesquisa, pode-se dizer que a maioria desses idosos se enquadram no mesmo padrão alimentar na qual os alimentos são bem balanceados.

Os alimentos recomendados para uma dieta equilibrada são: Leite e lácteos; Carnes, peixes e ovos; Féculas e cereais; Frutas e verdura; Gorduras (a margarina é recomendável, assim como os óleos de oliva, por exemplo (REDANTE, GRIGOLLO e MELO, 2016).

Apesar da pesquisa mostrar que os idosos estão se alimentando de forma eficaz, a alimentação de uma pessoa idosa pode ser carente devido alguns motivos, tais como, a perda dos dentes ou a utilização de uma dentadura, no qual faz com que a pessoa perca a vontade de mastigar certos alimentos, como a carne, por exemplo; devido à redução nas secreções do estômago e do intestino, tornando assim a difícil digestão; quando diminui a sensação de gosto e de sede, podendo assim ter uma grande influência no apetite e na necessidade de beber; quando a capacidade econômica ou até mesmo física impedem de comprar e poder preparar os alimentos necessários; uma mudança na situação de vida, como ficar sozinho, passando a comer qualquer coisa; a falta de conhecimento dos alimentos na qual possa compor uma dieta equilibrada (REDANTE, GRIGOLLO e MELO, 2016).

Já quando questionados sobre as atividades exercidas, um grande, 73%, tem com atividades que mais gostam de fazer: dormir (73%), passear (57%) e cozinhar (50%). Mostrando que a população idosa tende a estar sempre ocupados com alguma atividade habitual, que é muito importante para seu organismo fisicamente e mentalmente.

O idoso que possui uma vida fisicamente ativa, tem uma melhor interação com a família e amigos, o que, conseqüentemente, pode estar associado com o melhor desempenho mental do idoso. Diversos estudos têm mostrado a eficiência da prática de atividade física e de uma alimentação adequada para a manutenção da saúde e prevenção de doenças. Para a população idosa, esses fatores favorecem, retardando o aparecimento de doenças crônicas e dos sintomas decorrentes do

processo de envelhecimento (LIMA e PIETSAK, 2016).

A independência de realizar suas atividades se torna algo presente e necessário, preservando-o ativo no controle e nos cuidados com sua própria saúde (COSTA, SILVA e SOUZA 2016).

Correlacionando os medicamentos utilizados por esse público, destacam-se aqueles mais utilizados para o controle das doenças, como a pressão alta (73%), diabetes (40%) e dores na coluna (37%), e, apenas 10% refere não fazer uso de nenhum medicamento.

Com estes dados em mãos, confirmou-se a prevalência destas doenças na fase do envelhecimento do indivíduo. Estas afecções de caráter crônico são cada vez mais recorrente neste cenário, principalmente as doenças cardiocirculatórias, que prevaleceu neste levantamento de dados, com base no questionário aplicado. Com isso as chances de possíveis infartos, angina, insuficiência cardíaca e AVC's aumentam drasticamente neste grupo de indivíduos (CARLOS e PEREIRA, 2015).

No Brasil, a velocidade do envelhecimento populacional será significativamente maior do que ocorreu no século passado, e com este aumento de indivíduos idosos no país, percebe-se a importância de uma análise reflexiva acerca destas doenças, e dos aspectos gerais que este grupo apresenta, além dos novos desafios para a saúde e para os profissionais (BARRETO, CARREIRA e MARCON, 2015).

Quando questionados sobre o município onde residem, 53% dos idosos classificou a cidade como sendo regular referente a acessibilidade desse público. Além disso, a falta de atividades direcionadas a eles é grande, sendo um dos fatores que influenciam no aumento do sedentarismo. Muitos assinalaram sugestões de programas sociais que gostariam de ter acesso, sendo que dentre essas a mais citada foi a inserção de locais para jogos interativos, como bingo, dama, xadrez (40%), seguido das opções de parques com atividades voltadas para os idosos e aulas de natação ou hidroginásticas (37%) e atividades físicas com orientador (30%).

De acordo com informações obtidas no site do município em Abril de 2018, o mesmo conta com instituições que oferecem gratuitamente atividades voltadas à reabilitação, ao cuidado físico e psicológico, assim como visam a integração social e a promoção da saúde, como o que ocorre nas Academias da Terceira Idade (ATI) e na UnicaFisio (Unidade Clínica de Fisioterapia e Reabilitação "Dr. Aristides Cunha Filho"), a qual contempla aulas de musculação, hidroginástica, dança e atendimento nutricional. Para participar dessas atividades é preciso ter um cartão SIS (Sistema Integrado de Saúde), que não é de difícil obtenção aos moradores do município, e de documentos básicos como comprovante de endereço e de identidade, além do atestado médico.

Não é possível, a partir dos dados obtidos através do questionário, afirmar

o porquê da população não ter ciência dessas unidades, mas, como citado, as informações sobre estas atividades são encontradas na internet (não é divulgado em outra plataforma) e, de acordo com pesquisas, pode-se dizer que o avanço da tecnologia a torna muito nova e a velocidade com que vem avançando não permite que os idosos se apropriem com tanta facilidade deste novo conhecimento (LOLLI e MAIO, 2015).

Nota se que o município de Mogi das Cruzes, em questão a acessibilidade, tem sua porcentagem de aprovação por este público, e segundo o próprio site da prefeitura do município de Mogi, tem se a criação da Comissão Permanente de Acessibilidade (CPA) que é um órgão consultivo e deliberativo, com atribuições voltadas às legislações para a acessibilidade dentro da cidade, ordenando ações integradas nas diversas Secretarias Municipais para a retirada de barreiras arquitetônicas e de comunicação. Sua missão é propiciar a acessibilidade das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida a edificações, vias e espaços públicos, transportes, mobiliários, equipamentos urbanos e de comunicação.

O município ainda tem vários desafios em relação a boa acessibilidade, em contrapartida, vemos que em alguns pontos da cidade, tem se a reestruturação do ambiente para este público, como por exemplo nas estações de trem, em alguns comércios locais, estacionamentos, e que de pouco em pouco pode se notar a diferença.

Por fim, sobre a opinião dos participantes no que diz respeito a atenção e ao respeito que recebem das pessoas, 50% disse não haver nenhum dos dois, 20% que não há atenção, porém há respeito, 17% que há atenção e não há respeito e apenas 13% disse existir os dois.

É obrigação do Estado e da sociedade assegurar à pessoa idosa o respeito (Estatuto do Idoso, art.10), porém como é observado nos dados obtidos, na prática a lei não é efetivamente respeitada.

#### 4 | CONCLUSÃO

A qualidade de vida da população idosa na região é predominantemente boa, principalmente quando são avaliados os dados referentes ao grau de independência e atividade, levando em consideração fatores que englobam a alimentação e autonomia dos indivíduos.

Com esse estudo foi possível identificar o conhecimento do idoso sobre acessibilidade e condições que o município oferece ao favorecimento de práticas voltadas à qualidade de vida. Percebe-se que, mesmo que existam estabelecimentos e programas voltados à saúde principalmente do idoso, estes não são de conhecimento de todo o público-alvo, afinal, muitos afirmaram desejar participar de

tais ações, mas não as praticam.

Com isso, entende-se que esse seja o principal fator que impede a adesão ao que é oferecido pelos programas. Buscar outras maneiras de divulgação, por exemplo, em programas de televisão, jornais impressos e até mesmo em estabelecimentos de saúde (tais como hospitais, consultórios de fisioterapia e odontológicos, unidades básicas de saúde, entre outros), é a melhor forma de melhorar o alcance dessas informações ao público alvo, levando assim, mais adeptos e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, M.S; CARREIRA, L; MARCON.S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 325-339, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/26092/18731>>. Acesso em: 04 de abril de 2018.

CARLOS, F.S.A; PEREIRA, F.R.A. Principais doenças crônicas acometidas em idosos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4, 2015, Campina Grande. **Anais...**, Campina Grande: Realize, 2015. Disponível em: <[http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO\\_EV040\\_MD4\\_SA2\\_ID2624\\_110920151616\\_25.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA2_ID2624_110920151616_25.pdf)>. Acesso em: 04 de abril de 2018.

COSTA, A.S.C; SILVA, M.P; SOUZA, F.V. Estudo da capacidade funcional de idosos. **Revista humanidades**, Montes Claros, v. 5, n. 1, p. 93-105, fev. 2016. Disponível em: [http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos\\_up/artigos/a91.pdf](http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a91.pdf). Acesso em 28 de abril em 2018.

DALALIBI, N.W; ANACLEETO, G.M.C; WITTER, C; GOULART, R.M.M; AQUIN, R.C. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO, **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf>>. Acessado em 26 de março de 2018.

DIAS, J.A; SENA, C.A; PINTO, P.F; SOUZA, L.C. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 372-379, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a21>>. Acesso em: 18 de abril de 2018.

FLORIANO, L.A; AZEVEDO, R.C.S; REINERS, A.A.O; SUDRÉ, M.R.S. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família, **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543-548, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08>>. Acesso em: 18 de abril de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. 2016, Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acessado em: 28 de abril de 2018.

JUNIOR, R.C.F; ARÊAS.G, P, T; ARÊAS.F, Z.S; BARBOSA.L, G. Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga, **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 541-558, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a12>>. Acesso em: 28 de abril de 2018.

LIMA, F.K.S.M; PIETSAK, E.F. Saúde do idoso: atividade física, alimentação e qualidade de vida, **Revista Extendere**, Rio Grande do Norte, v. 4, n. 1, p. 49-62, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/view/2037/1112>. Acesso em 28 de abril de 2018.

LOLLI, M.C.G.S; MAIO, E.R.M. Uso da tecnologia por idosos: perfil, motivações, interesses e dificuldades, **Revista Educação Cultura e Sociedade**, Sinop – MT, v. 5, n. 2, p. 211-223, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/viewFile/1864/1488>>. Acesso em: 27 de abril de 2018.

MELO, N.C.V; FERREIRA, M.A.M; TEIXEIRA, K.M.D. Condições de vida dos idosos no brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade, **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 25, n.1, p. 004-019, abr. 2014. Disponível em:<<http://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/13829/154-953-1-PB.pdf?s eque nce=1&isAllow ed=y>>. Acesso em: 09 de abril de 2018.

REDANTE, S.A; GRIGOLLO, L; MELO, J.F. **A importância da qualidade de vida na terceira idade**. 2016. 11 f. Monografia (Especialidade em Saúde Coletiva) - Universidade de Santa Catarina, Santa Catarina, 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-Silmara-Aparecida-Redante.pdf>>. Acesso em: 18 de abril de 2018.



# CAPÍTULO 14

## HIV NA POPULAÇÃO IDOSA

Data de aceite: 19/12/2019

### **Fernanda Marques da Silva**

Universidade Paulista Unip, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP  
Mestranda em Psicogerontologia pela Faculdade Educatie em Mogi das Cruzes, SP

### **Flávia Marques da Silva**

Universidade Paulista Unip, Curso de Enfermagem, São José dos Campos, SP  
Mestranda em Psicogerontologia pela Faculdade Educatie em Mogi das Cruzes, SP

### **Márcio Antonio de Assis**

Universidade de Mogi das Cruzes, Curso de Enfermagem, Mogi das Cruzes, SP, Doutor em Engenharia Biomédica pela Universidade de Mogi das Cruzes, SP

**RESUMO:** Nos últimos anos houve um aumento do número de casos de HIV especificamente na população idosa, o aumento da qualidade de vida aliado aos avanços tecnológicos em saúde, como os tratamentos de reposição hormonal e medicações, têm permitido o redescobrimto de novas experiências, como o sexo, entre os idosos. Devido a ocorrência de práticas sexuais inseguras contribui para que essa população se tornem mais vulneráveis pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). É imprescindível reconhecer os idosos como uma população de risco para o HIV, para que sejam

tomadas medidas de prevenção e controle, reduzindo assim, o número de casos de HIV entre pessoas dessa faixa etária. É essencial que os profissionais de saúde tomem consciência da existência da prática sexual entre os idosos e da necessidade de serem adotadas medidas com o intuito de resolver esse problema.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso; Enfermagem

### **HIV IN THE OLD POPULATION**

**ABSTRAT:** In recent years there has been an increase in the number of HIV cases specifically in the elderly population, increased quality of life coupled with technological advances in health, such as hormone replacement treatments and medications, have allowed the rediscovery of new experiences. , such as sex, among the elderly. Due to the occurrence of unsafe sexual practices contributes to this population becoming more vulnerable by the Human Immunodeficiency Virus (HIV). It is essential to recognize the elderly as a population at risk for HIV, so that prevention and control measures are taken, thus reducing the number of HIV cases among people in this age group. It is essential for health professionals to be aware of the existence of sexual practice among the elderly and the need to adopt measures to solve this problem.

**KEYWORDS:** Elderly Health; Nursing

## 1 | INTRODUÇÃO

Com o aumento da longevidade surgiu o termo envelhecimento ativo, que é definido pela melhoria das oportunidades de saúde, com o intuito de propiciar uma melhor qualidade de vida durante o processo de envelhecimento, sendo que a qualidade de vida pode ser compreendida como a satisfação encontrada na vida familiar, social, ambiental e amorosa (AZEVEDO, 2015).

Com a senilidade ocorrem modificações físicas e biológicas, porém estas mudanças não significam que o envelhecimento está ligado à doenças e, na medida que as alterações no organismo vão acontecendo, o idoso precisa se adaptar (LUZ et al., 2015).

Alguns órgãos sofrem alterações mais perceptíveis que outros, mas nem sempre essas alterações comprometem a sua funcionalidade. É o que ocorre com a função sexual, pois a sexualidade humana é algo bastante complexo, porque extrapola, em muito, os chamados determinantes biológicos (MENDES, 2014).

Com o aumento da longevidade e a melhor qualidade de vida associada aos avanços tecnológicos em saúde, tais como: a reposição hormonal e as medicações para melhorar o desempenho sexual, esses indivíduos estão tendo a chance de experimentar viver a sua sexualidade (ALENCAR e CIOSAK, 2014).

Falar da sexualidade e do envelhecimento, atualmente, significa falar de dois temas que ainda são repletos de preconceitos e tabus. Muitas vezes os sentimentos, as necessidades e as relações sexuais são vistos como exclusivo da população jovem, contrapondo a perspectiva de que é possível ao idoso manter-se sexualmente ativo e, conseqüentemente, satisfeito com sua vida sexual (MEIRA et al., 2015).

Além dessas questões relacionadas ao comportamento diante da sexualidade do idoso, percebe-se ainda um outro fator que merece atenção, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e, junto a elas, os riscos que representam a essa população, como nos casos da exposição ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e, conseqüentemente, a Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana que provoca uma variedade de defeitos imunológicos, até devastar por completo a imunidade celular. Em consequência, da deficiência imunológica, as infecções oportunistas são praticamente inevitáveis.

Atualmente, a AIDS é considerada uma pandemia, pois acomete milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que existam, atualmente, 33,2 milhões de pessoas com HIV em todo mundo. De acordo com o Boletim Epidemiológico, de 1980 a junho de 2007, foram notificados 474.273 casos de AIDS no País (BRASIL, 2014).

Cabe lembrar, que a sexualidade por si só não torna as pessoas mais

suscetíveis a contraírem o HIV, mas sim as suas práticas sexuais inseguras, sendo esse um pressuposto que é estendido a todas as idades e não apenas aos idosos (ALENCAR e CIOSAK, 2015).

O uso do preservativo é a forma segura de prevenção contra o HIV, porém, ele não é muito utilizado pela população idosa, que na maioria das vezes pratica sexo desprotegido, sendo justificado pela ausência de risco de gravidez e pela falta de informação acerca do assunto (SILVA, FRANÇA e HERNANDEZ, 2017).

A problemática do HIV entre os idosos está atrelada a três aspectos: os idosos não são vistos pelos profissionais de saúde como pessoas vulneráveis à infecção pelo HIV; o idoso não se considera suscetível às IST/AIDS e os profissionais de saúde atribuem alguns sintomas do HIV a outras doenças comumente encontradas nesta faixa etária (ALENCAR e CIOSAK, 2015).

Outro fato importante é que os idosos possuem pouco conhecimento acerca de IST e do risco que o mesmo corre ao praticar sexo desprotegido, os tornando mais vulneráveis ao contágio e, menos evidente a necessidade da realização do teste para a descoberta de uma possível infecção (ANDRADE et al., 2017).

Com base nessas informações e sabendo que os idosos estão cada vez mais conhecedores e praticantes da sua sexualidade, será que o conhecimento deles tem se voltado também aos riscos que isso pode os expor?

O interesse por esse tema se deve pelo aumento da longevidade observada nos idosos, associada à sua sexualidade cada vez mais frequente e praticada, porém, na maioria das vezes, sem os devidos cuidados, expondo-os assim, ao risco de contrair as ISTs.

Com o advento da tecnologia e medicações, essa população tornou-se sexualmente ativa, porém percebe-se que o conhecimento, interesse e falta de informações sobre IST/AIDS torna esses idosos vulneráveis.

## 2 | EPIDEMIOLOGIA

A AIDS é a manifestação clínica (manifestação de sinais, sintomas e/ou resultados laboratoriais que indiquem deficiência imunológica) da infecção pelo vírus HIV que leva, em média, oito anos para se manifestar (BRASIL, 2012).

Já a Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA) é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), cuja principal característica consiste no progressivo processo de enfraquecimento do sistema imunológico do indivíduo acometido, resultando na ocorrência de infecções oportunistas (BARBOSA, 2016).

Ter HIV positivo não é a mesma coisa que ter AIDS. Significa que, no sangue foram detectados anticorpos contra o vírus. Há muitas pessoas soropositivas que vivem durante anos sem desenvolver a doença, no entanto, podem transmitir aos

outros o vírus que trazem consigo (BRASIL, 2012).

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2014, O Brasil tem 757.042 casos registrados de AIDS (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico. Em 2012, foram notificados 656.701 casos da doença e a taxa de incidência de AIDS no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2014).

Atualmente, o número de casos entre homens é maior que de mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de AIDS entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2014, 491.747 (65,0%) casos de AIDS em homens e 265.251(35,0%) em mulheres (BRASIL, 2014).

A faixa etária em que a AIDS é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. Chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos. Essa é a única faixa etária em que o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV (BRASIL, 2014).

Segundo o Brasil (2017) os índices de notificações por gênero nos revelam que, no Brasil o sexo masculino teve um aumento do número de casos detectados, sendo que em 2016 foi de 12,9 casos/100 mil habitantes e entre a população feminina houve queda nas taxas de detecção exceto nas faixas etárias entre 15 a 19 e 60 anos e mais, tendo apresentado um aumento de 14,3% na população idosa.

Além da feminização e do aumento do número de casos em indivíduos com 60 anos ou mais com HIV, também houve um aumento na pauperização e na interiorização. A pauperização é um marcador de vulnerabilidade para o HIV, sendo descrita pela escolaridade e ocupação, que são fatores importantes das condições socioeconômicas da população (SANTANA et al., 2015).

Nesse sentido, a aids, que nasce relacionada aos jovens gays do sexo masculino e de classe alta, sofre transformações em seu curso histórico, passando a estabelecer o processo da heterossexualização, feminização, juvenização, interiorização e pauperização, ao passo que a disseminação do HIV alcança as mulheres e homens com práticas heterossexuais, crianças e mais tarde as evidências de contaminação crescente entre os idosos, assim como o aumento do número de casos nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (CALDAS e GESSOLO, 2013).

No Brasil estima-se ter cerca de 718 mil casos de HIV em idosos, porém, apenas 80% foram diagnosticados. Isto é preocupante, pois há um aumento crescente do número de casos nesta faixa etária com HIV, tendo uma incidência de 7,6 casos

para 100.000 habitantes, e uma prevalência de 224,9 para 100.000 habitantes do sexo masculino com uma letalidade de 43,9% chegando a uma redução de 15 anos de vida na expectativa de vida destes indivíduos (MONTEIRO et al., 2016).

O vírus do HIV pode ser transmitido através de quatro vias: sexual, sanguínea, parenteral, além da transmissão ocupacional, e seu diagnóstico é feito através do teste anti-HIV (HINKLE e CHEEVER, 2016). Nos últimos anos houve um aumento do número de casos de HIV especificamente na população idosa, sendo sua principal forma de transmissão pela via sexual, ou seja, através do sexo desprotegido. A AIDS nestes indivíduos vem chamando a atenção dos profissionais de saúde devido às repercussões que a doença causa (CORDEIRO et al., 2017).

### 3 | IDOSOS E A SUA VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS

Atualmente, a AIDS deixou de pertencer a um grupo específico de risco à contaminação e disseminação da doença. Hoje temos jovens, adolescentes, homens e mulheres, casados ou não e idosos. Porém, o impacto na epidemia de aids em nível mundial, emergiu a noção de vulnerabilidade, independente do grupo pertencente, tendo a estrutura conceitual para avaliação crítica da vulnerabilidade à infecção pelo HIV

Nesse sentido, vários autores, definem a vulnerabilidade ao HIV/AIDS como “o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV/AIDS”.

Em se tratando de questões de vulnerabilidade, o resultado positivo para o HIV está relacionado, principalmente, ao número de parcerias (quanto mais parceiros, maior a vulnerabilidade), à coinfeção com outras doenças sexualmente transmissíveis e às relações homossexuais (BRASIL, 2014).

A ocorrência de práticas sexuais inseguras contribui para que esses idosos fiquem vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e ao Vírus da Imunodeficiência Humana (DORNELAS NETO et al., 2015).

Estudos realizados por Santana et al. (2015) apontam diversos fatores associados ao aumento no número de idosos contaminados pelo HIV com mudanças sociais, demográficas e culturais, sobretudo na sexualidade, sendo que este último pode estar diretamente relacionado com as evoluções tecnológicas, principalmente no campo da indústria farmacêutica, responsável pela disponibilização de diversas medicações que proporcionam a ereção masculina e os hormônios que melhoram a lubrificação feminina, permitindo uma melhora na libido das mulheres que, fisiologicamente, com o avanço da idade tende a diminuir, levando os idosos a manterem uma vida sexual ativa por muito mais tempo, contrariando o que muitas

vezes é colocado no plano simbólico imaginário que as práticas sexuais entre idosos não existem, caracterizando o idoso como assexuado.

Em pesquisa desenvolvida pelo Programa Nacional de DST/AIDS, em 2003, envolvendo o comportamento da população brasileira sexualmente ativa, foi comprovado que 39,2% das pessoas com mais de 60 anos mantêm relações sexuais; destes, 91,8% têm parceiro fixo, 5,5% têm parceria eventual, e 2,7%, parceria fixa e eventual. Na faixa etária maior que 50 anos, 17,3% dos (as) entrevistados (as) relataram ter tido cerca de 6,3 relações sexuais por mês, nos últimos 06 (seis) meses, aproximando, assim, da média de 9,2 da população de 40 a 49 anos (BRASIL, 2015).

A não utilização do preservativo é outro fator que pode levar ao aumento do número de indivíduos com HIV/AIDS, já que esta é a única maneira que se pode evitar a contaminação por via sexual. Porém, conta-se que a sua utilização ainda apresenta resistência, uma vez que muitas pessoas acreditam que o preservativo tira o prazer, interfere na ereção ou até mesmo que a utilização deste é sinônimo de infidelidade no relacionamento (ANDRADE et al., 2017).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2008, sobre a utilização de preservativos em indivíduos entre 50 e 64 anos ainda tem expressividade preocupante, visto que a utilização do preservativo nas relações sexuais nos últimos 12 meses foram as seguintes: 16,4% na última relação sexual; 37,9% com parceiros casuais; 10,5% em todas as relações sexuais com qualquer parceiro; 10% em todas as relações sexuais com parceiros fixos e 32% em todas as relações sexuais (BRASIL, 2015).

As situações ora apresentadas poderão estar facilmente influenciando na modificação do perfil dessa doença, levando os idosos a formarem um grupo expressivo de indivíduos contaminados pelo HIV ou vivendo com AIDS nos últimos anos.

Além disso, é um desafio diagnosticar idosos soropositivos, por se tratar mais de um diagnóstico diferencial, por estes se configurarem como grupo expostos a múltiplas patologias, visto que diversos sinais e sintomas dessas doenças que acometem os idosos podem facilmente ser confundidos com alterações orgânicas de outras doenças, o que pode facilitar subnotificações de casos, diagnósticos tardios, e terapêuticas incorretas. Além disso, esse fator pode levar esses idosos a disseminarem o vírus com maior facilidade, uma vez que estes continuam mantendo relações sexuais desprotegidas, podendo contaminar seus pares (ANDRADE et al., 2017).

É imprescindível reconhecer os idosos como uma população de risco para o HIV, para que sejam tomadas medidas de prevenção e controle, reduzindo assim, o número de casos de HIV entre pessoas dessa faixa etária. É essencial que os



profissionais de saúde tomem consciência da existência da prática sexual entre os idosos e da necessidade de serem adotadas medidas com o intuito de resolver esse problema (NASCIMENTO, SANTOS e FIGUEIREDO, 2015).

#### 4 | TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

O tratamento deve ser recomendado em indivíduos assintomáticos com contagem de linfócitos TCD4 entre 200 e 350mm<sup>3</sup>. Em pessoas assintomáticas com contagem de linfócitos TCD4 acima de 350mm<sup>3</sup> não está recomendado o início do tratamento, já que os benefícios para contrabalançar os potenciais riscos da terapia antirretroviral, não estão bem claros (BRASIL, 2017).

De acordo com o Documento Preliminar de Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), quanto mais próximo a contagem estiver de 200 mm<sup>3</sup>, maior será o risco de desenvolver AIDS, especialmente se estiver associada à carga viral plasmática elevada maior que 100.000 cópias/mm<sup>3</sup> (Quadro 1).

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Assintomático sem contagem de linfócito TCD4 + disponível     | Não tratar                        |
| Assintomático com CD4+ maior que 350 células/mm <sup>3</sup>  | Não tratar                        |
| Assintomático com CD4 entre 200 e 350 células/mm <sup>3</sup> | Recomendar tratamento             |
| Assintomático com CD4+ menor que 200 células /mm <sup>3</sup> | Tratar + quimioprofilaxia para IO |
| Sintomático   | Tratar + quimioprofilaxia para IO |

Quadro 1 - Recomendações para início de terapia antirretroviral

FONTE: BRASIL, 2017.

Nesses indivíduos, a decisão de iniciar o tratamento dependerá da tendência de queda de contagem de linfócitos T-CD4 e ou de elevação da carga viral, da motivação do paciente, sua capacidade de adesão e a presença de comorbidades, conforme citado acima (Quadro 1).

A decisão do médico em relação ao esquema antirretroviral inicial deve considerar alguns fatores (BRASIL, 2015), como o potencial de adesão ao regime prescrito; potência e toxicidade imediata em longo prazo; presença de comorbidades; uso concomitante de outros medicamentos; adequação do esquema à rotina de vida do paciente; interação com alimento; e custo do medicamento.

As terapias combinadas de antirretrovirais para tratamento de HIV/AIDS são capazes de reduzir a carga viral plasmática e aumentar as contagens de célula CD4 do organismo. Também são capazes de prevenir do risco de contrair novas infecções.

Os benefícios substanciais das terapias anti-retrovirais (TARV) ultrapassam, seus potenciais de risco, mas é fato que os tratamentos prolongados enfrentam cada vez mais problemas relacionados à adesão e toxicidade do tratamento, que podem apresentar efeitos adversos em curto, médio e longo prazo, que variam de acordo com cada medicamento, cada classe de droga, ou cada organismo do paciente. Os efeitos mais comuns, porém leves e transitórios são náuseas e diarreia. Também podem ocorrer fadiga e cefaléia (AZT-zidovudina) ou pesadelos (EFV-efavirenz) e ainda alguns efeitos mais sérios como anemia (AZT-zidovudina) e neuropatia periférica (D4T – estavudina) associada aos inibidores nucleosídicos da transcriptase reversa (ITRN), a toxicidade retinoide associada aos IPS -inibidores das proteases e as reações de hipersensibilidade associadas aos inibidores não nucleosídicos da transcriptase reversa (ITRNN) (BRASIL, 2015).

É importante salientar que o portador que faz uso de terapia anti-retroviral (TARV), convivem com os efeitos da toxicidade dos medicamentos, como a lipodistrofia, em condições concomitantes como a hepatite B ou C e ou com variantes virais resistentes ao tratamento (BRASIL, 2015).

Os primeiros seis meses é um período crítico para o futuro do tratamento, e devem ser acompanhados de forma individualizada, conforme a necessidade de cada paciente. São recomendáveis consultas frequentes no período entre duas a três semanas após o início do tratamento e posteriormente com intervalo mais longo entre as reavaliações, à medida que o paciente se adapta a nova rotina (BRASIL, 2017).

Nos últimos anos com a introdução e o uso generalizado da terapia antirretroviral combinada e de drogas mais potentes, para o início do tratamento, a eficácia da terapia tem melhorado sensivelmente. Entretanto, devido a diversos fatores, incluindo intolerância, má adesão ao tratamento, uso prévio de esquema inadequado e, mais raramente, a resistência primária, há uma parcela de pacientes que apresentam vírus resistente e que necessitam de novos esquemas antirretrovirais denominados esquemas de resgate (BRASIL, 2017).

## **5 | PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS**

O Programa Nacional de DST/ AIDS (PN DST/ AIDS), sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), é produto de uma série de programas direcionados à prevenção e atenção a portadores de HIV/ AIDS e outras DST surgidos ao longo

destes 20 anos de descoberta da AIDS (BRASIL, 2015).

Reconhecido mundialmente como uma das melhores experiências de política pública em saúde, e por atuar na promoção, prevenção e tratamento, como princípios legais do Sistema Único de Saúde (SUS) transparecendo as características da integralidade e universalidade. Seu objetivo é reduzir a incidência de HIV/ AIDS e outras DST e melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras destas doenças (BRASIL, 2015).

Atento a essa realidade, o governo brasileiro tem desenvolvido e fortalecido diversas ações para que a prevenção se torne um hábito na vida dos jovens. A distribuição de preservativos no país, cresceu mais de 45% entre 2010 para 2011 (de 333 milhões para 493 milhões de unidades). Os jovens são os que mais retiram preservativos no Sistema Único de Saúde (37%) e os que se previnem mais (BRASIL, 2014).

Para tanto, foram definidas várias diretrizes que englobam: o aumento da cobertura das ações preventivas, diagnósticas e de tratamento; a melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos aos portadores, a redução da transmissão vertical de sífilis e HIV, bem como a redução da discriminação aos portadores. Tendo como orientação estas diretrizes, foram estabelecidas as políticas de tratamento, de diagnóstico, de prevenção, de incentivo e de saúde pública, que regem o PN DST/AIDS (BRASIL, 2015).

O Brasil é um dos primeiros países a adotar políticas de saúde significativas para a melhoria do atendimento dos portadores do HIV/AIDS. Entre essas políticas, destaca-se o acesso universal e gratuito da população aos medicamentos usados no tratamento de AIDS (BRASIL, 2015).

Aproximadamente cento e oitenta mil pacientes estão em tratamento com os dezessete anti-retrovirais distribuídos pelo Sistema Único de Saúde. Esses medicamentos retardam o desenvolvimento da AIDS e possibilitam maior qualidade de vida ao portador do vírus, agindo na redução da carga viral e na reconstituição do sistema imunológico. Como resultado dessa política de saúde, observa a redução significativa da mortalidade e do número de internações por doenças oportunistas. Este fato contribui para o desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela doença na atualidade (BRASIL, 2015).

Desde a criação do Programa Nacional de DST/ AIDS, o Ministério da Saúde tem buscado desenvolver estratégias de prevenção, sendo atualmente, os trabalhos educativos voltados aos adolescentes, gestantes, usuários de droga, homossexuais e aos profissionais do sexo. Diante disso, percebe-se a necessidade de inserção da população idosa nas campanhas de prevenção à IST/AIDS, porém, muito pouco se fez até o momento (DORNELAS NETO et al., 2015).

Diante disso, podemos refletir que as medidas que estão sendo adotadas para

controlar a transmissão da doença não estão sendo efetivas, sobretudo do vírus entre idosos, visto que, além dos comportamentos pessoais, como resistência e/ou falta de informação quanto à utilização de preservativos, os profissionais de saúde nem sempre questionam durante as consultas sobre a vida sexual desses idosos, por acreditarem que os idosos são na maioria monogâmicos, não têm vida sexual ativa e/ou têm um ritmo sexual diminuído (ANDRADE et al., 2017).

Torna-se evidente a necessidade de criar estratégias de prevenção à população idosa com o objetivo de esclarecer dúvidas, estabelecer discussões e reflexões que possam orientar sua vida sexual, descartando a possibilidade de relacionamentos desprotegidos e atentando para o uso de medidas preventivas (BEZERRA et al., 2015).

Diante desse contexto, é imprescindível entender que é necessário traçar políticas de prevenção as DST/aids que contemplem os idosos, considerando suas singularidades, garantindo assim os direitos destes, conforme estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90, assim como pela Lei 8842/96, que dispõe a Política Nacional do Idoso, e pela Lei 10.741/03, que dispõe o Estatuto do Idoso.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de estratégias de prevenção específicas à população idosa é imprescindível. Sendo assim, os profissionais de saúde devem procurar esclarecer o máximo das dúvidas e fazê-los refletir sobre suas práticas errôneas e/ou inseguras e com isso, descartar assim a possibilidade de relacionamentos desprotegidos.

Portanto, é essencial que sejam desenvolvidas estratégias de prevenção do HIV/AIDS com os idosos, tornando-os conscientes de suas práticas. Desse modo, diante das condições levantadas, percebe-se a importância e necessidade para a elaboração de um material educativo com o objetivo de trabalhar a prevenção do HIV/AIDS com os idosos.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, R.A.; CIOSEK, S.I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP**.49(2):229-235; 2014.

ANDRADE, J. et al. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paul Enferm**. 30(1):8-15; 2017.

AZEVEDO, M.S.A. **O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa**. Dissertação [Mestrado]: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015.

BARBOSA, A.P.M. **Representação social da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS: revisão integrativa**. Monografia [Especialização]: Universidade Federal Fluminense. Niterói,

2016.

BEZERRA, V.P. et al. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 4, pp. 70-6.dez. 2015.

BRASIL. **Boletim epidemiológico HIV AIDS.** 56(3). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST.** Ano III - nº 1 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST.** 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CALDAS, J.M.P; GESSOLO, K.M. - AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública. **VII Congresso Virtual HIV/AIDS: O VIH/SIDA na Criança e no Idoso**, 2007. Disponível em <[http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=285](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=285)> Acessado em: 10 de abril de 2019.

CORDEIRO, L.I. et al. Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/AIDS em idosos. **Rev Bras Enferm.** v. 7, n. 4, pp. 775-82. set. 2017.

DORNELAS NETO, J.D. et al. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 12, pp. 3853-864, nov. 2015.

HINKLE, J.L.; CHEVER, K.H. **Brunner & Suddarth. Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 13ªed. v. 1; Guanabara Koogan, 2016.

LUZ, A.C.G. et al. Comportamento sexual de idosos assistidos na estratégia saúde da família. **J. res.: fundam. Care.** v. 7, n. 2, pp. 2229-240; abr./jun. 2015.

MEIRA, L.C.S. et al. Conhecimento de idosos sobre vulnerabilidades ao HIV/AIDS: uma revisão integrativa da Literatura. **J. res.: fundam. care.** v. 7, n. 4, pp. 96-104. dez. 2015.

MENDES, T.A.B. Geriatria e gerontologia. 1ª ed. Barueri: Manole, 2014.

MONTEIRO, T.J. et al. Avaliação do conhecimento sobre HIV/AIDS em grupo de idosos através do QHIV3I. **Geriatric. Gerontol. Aging.** v. 10, n. 2, pp. 29-33; jun. 2016.

NASCIMENTO, H.M.; SANTOS, M.U.; FIGUEIREDO, D.S.T.O. A sexualidade entre idosos e a vulnerabilidade frente as DST/HIV/AIDS: revisão sistemática. **4º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano.** Anais CIEH, v. 2, n. 1. 2015.

\_\_\_\_\_. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS).** Grupo de Cooperação Técnica Horizontal para América Latina e Caribe (GCTH) e Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT). 2007.

SANTANA, P.P.C. et al. Evidências científicas de enfermagem acerca do HIV/AIDS entre idosos: uma revisão integrativa de literatura. **Rev.Baian.Enferm.**, v. 29, n. 3, pp. 278-89, jul./set. 2015.

SILVA, L.A.; FRANÇA, L.H.F.P.; HERNANDEZ, J.A.E. Amor, atitudes sexuais e índice de risco às DST em Idosos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** 17(1): 323-342; 2017.

WHO. **Terapia antirretroviral para tratamento da infecção pelo HIV.** Disponível em: <<http://libdoc.who.int/hq/2004>>. Acesso em: 10 de abril de 2019.

## VANTAGENS DA TERAPIA DAS REDES DE BALANÇO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 19/12/2019

### Debora Cristina Ribeiro

Faculdade Anhanguera Educacional  
São José dos Campos – São Paulo

### Jonatas de Freitas Correa

Faculdade Anhanguera Educacional  
São José dos Campos – São Paulo

**RESUMO:** Os recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso quase sempre iniciam suas vidas na unidade de terapia intensiva neonatal, portanto, são fundamentais práticas que promovam assistência efetiva contribuindo para o desenvolvimento, desta forma, a pesquisa objetivou compreender a funcionalidade da prática da terapia das redes de balanço na incubadora dentro desse ambiente, como princípio de humanização, estimulação vestibular e ganho de peso. **Metodologia:** Trata-se de revisão bibliográfica de caráter descritivo no período que compreendeu 14 anos (2004 a 2018) por meio dos seguintes descritores: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Humanização, Prematuridade, Sistema vestibular. **Resultados:** Observou-se que, a unidade de terapia intensiva neonatal pode deixar de ser um ambiente desagradável, estressante e somente de estimulações negativas, podendo tornar-se similar ao

intrauterino através de intervenções realizadas pela enfermagem e terapia ocupacional como essa, pois, a literatura aponta o posicionamento em rede como meio terapêutico com resultados positivos, por meio das boas respostas posturais dos recém-nascidos como a auto-organização, refletindo no desenvolvimento e, conseqüentemente, minimizando o período de internação e possíveis complicações.

**Conclusão:** Conclui-se que, a terapia da rede de balanço na unidade de terapia intensiva neonatal é uma prática realizada pela equipe de enfermagem e terapia ocupacional, sendo que, por suas vantagens tem se tornado cada vez mais frequente no país, haja vista que, contribui para o conforto e bem-estar dos recém-nascidos durante período de internação resultando na promoção e recuperação à saúde dos mesmos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Unidade de terapia intensiva neonatal; Prematuridade; Humanização; Sistema Vestibular.

### ADVANTAGES OF THE THERAPY OF THE BALANCE NETWORK IN THE NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT

**ABSTRACT:** Preterm and / or low birth weight infants almost always begin their lives in the neonatal intensive care unit, therefore, it is fundamental practices that promote effective assistance contributing to the development, in



this way the research aimed to understand the functionality of the therapy practice of the balance networks in the incubator within this environment, as a principle of humanization, vestibular stimulation and weight gain. **Methodology:** This is a descriptive literature review in the period that comprised 14 years (2004 to 2018) through the following descriptors: Neonatal Intensive Care Unit, Humanization, Prematurity, Vestibular System. **Results:** It was observed that the neonatal intensive care unit may not be an unpleasant, stressful and only negative stimulation environment, and may become similar to the intrauterine one through interventions performed by nursing and occupational therapy like this, since, the literature points out the network positioning as a therapeutic means with positive results, through the good postural responses of the newborns as the self-organization, reflecting in the development and, consequently, minimizing the period of hospitalization and possible complications. **Conclusion:** It is concluded that the balance network therapy in the neonatal intensive care unit is a practice carried out by the nursing and occupational therapy team, and because of its advantages it has become increasingly frequent in the country, since it contributes for the comfort and well-being of newborns during hospitalization period resulting in the promotion and recovery of their health.

**KEYWORDS:** Neonatal intensive care unit; Prematurity; Humanization; Vestibular System.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Unidade de terapia intensiva neonatal exige cuidados especializados e específicos ao recém-nascido (LINO et al., 2015). Atualmente, a humanização tem sido um dos principais programas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) e, estudos inseridos nesse contexto estão revelando técnicas que, auxiliam no tratamento do recém-nascido prematuro (RNPT) e/ou baixo peso, entre elas, a terapia das redes de balanço na incubadora neste ambiente (CAVALARIA, 2009).

O uso das redes de balanço, tem se mostrado eficaz, pois, implica em resultados positivos na assistência prestada a esse grupo (GOMES & MONTEIRO, 2014). O tema instigou a busca por literatura, a fim de, uma prática com embasamento científico, pois, isso se torna necessário para a conscientização, comprovação, fundamentação, estruturação e solidificação de tal prática. A temática em questão é de certa forma recente e a constatação de sua funcionalidade identifica a “prática baseada em evidências”.

Os RNPT e/ou de baixo peso precisam de assistência eficiente para o completo desenvolvimento, porém, tornam-se fundamentais práticas que facilitem esse processo. Como oferecer cuidado humanizado e, através deste, estimular o sistema vestibular repercutindo no ganho de peso?

## 2 | METODOLOGIA

O método utilizado foi a revisão de literatura de caráter descritivo nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e Google Acadêmico no período que compreendeu 14 anos (2004 a 2018), em idioma português. Utilizaram-se os seguintes descritores: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Humanização, Prematuridade, Sistema vestibular e as palavras-chave: Classificação do recém-nascido e Rede de balanço. Após leitura e análise dos respectivos, como critérios de inclusão foram detectados 15 artigos, 1 monografia, 1 tese e 3 livros que abordavam a temática em questão e os objetivos propostos e, 43 artigos e 2 livros foram excluídos por não corresponderem as expectativas de pesquisa.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 3.1 Humanização na assistência

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local de estresse, pois, há separação dos pais e os bebês ficam expostos a riscos, manipulação contínua dolorosa e dores, é de cuidados complexos e possui característica própria como incubadoras e berços aquecidos, destinados a RNPT e/ou de baixo peso ao nascimento, histórico de uso de drogas, hipertensão e diabetes gestacional, idade materna, infertilidade, infecções maternas, anóxia neonatal, taquipnéia transitória, síndromes, entre outros estados clínicos que necessitam de cuidados ininterruptos (PIVA, 2005).

Este setor é provido de equipe multiprofissional com conhecimentos técnico-científicos que prestam cuidados específicos diariamente como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros especializados, técnicos de enfermagem treinados, fonoaudiólogos, psicólogos, médicos neonatologistas e serviço nutricional (PIVA, 2005).

Para Cavalaria (2009), é um ambiente tecnicista, onde se importa muito com o maquinário e estado patológico dos bebês, esquecendo-se de considerar o ser humano presente, por isso, é importante a humanização na assistência para que o cuidado não se torne mecânico, frio e traumatizante para o recém-nascido (RN). A humanização visa reduzir os efeitos negativos da hospitalização (LINO, et al., 2015), proporcionando bem-estar e proteção ao RN, são ações que influenciarão na qualidade de vida destes, pensando nisso, estudos inseridos no contexto da humanização estão revelando novas técnicas que, auxiliam no tratamento, entre elas, destaca-se a terapia das redes de balanço na incubadora (CAVALARIA, 2009).

A humanização é um dos principais programas do Ministério da Saúde, pois, quem procura por uma unidade de saúde, está necessitando de atendimento e, a

humanização visa à satisfação dos envolvidos na hospitalização. O elo estabelecido entre família/paciente/profissional contribui para a participação de todos, ressaltando que, é direito do usuário proteção à saúde e cabe aos mesmos terem seus direitos cumpridos (BRASIL, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), a idade gestacional está sendo classificada da seguinte forma: pré-termo é todo RN com idade gestacional inferior a 37 semanas ou nascido com menos de 259 dias de gestação, nascidos a termo são considerados os de 37 e 41 semanas e seis dias de gestação e pós termo são os que nascem após 42 ou mais semanas de gestação.

Existem vários meios aplicáveis de humanização através da assistência dentro de uma UTIN, como: hora do silêncio, estímulos gustativos e olfativos, cobertura das incubadoras com pano, enrolamento, método canguru, ninho, minimização de estresse e dor, banho com cueiro, posições, entre outros, em virtude disto, há possibilidade da minimização dos agravos (BRASIL, 2011).

É um método que se originou na Austrália sendo um meio terapêutico nesse momento da vida do neonato (GOMES & MONTEIRO, 2014), a estratégia tem se mostrado eficiente, propicia aconchego e proteção ao prematuro, posição essa que simula o ambiente intrauterino (CAVALARIA, 2009), o qual é totalmente adequado para o desenvolvimento do RN pela particularidade em proporcionar benefícios de natureza única, fundamentais para maturação humana (GOMES & MONTEIRO, 2014).

A rede de balanço é em um objeto feito de tecido resistente e cordas, que são presas pelas pontas após serem colocadas dentro da incubadora, conforme se movimenta a rede balança, remetendo o movimento aquático semelhante ao do útero (CAVALARIA, 2009), como mostra a figura 1.



Figura 1 – Rede de balanço na incubadora

Fonte: UNASUS. Disponível em: [www.unasus.gov.br/noticia/%22redes-de-dormir%22-sao-utilizadas-em-maternidade-de-hospital](http://www.unasus.gov.br/noticia/%22redes-de-dormir%22-sao-utilizadas-em-maternidade-de-hospital).

Na figura percebe-se a posição e acomodação do RN, sendo que, o movimento estimula os sentidos/sistemas, reduzindo o estresse e relembrando-o dos reflexos primitivos, entre eles, é estimulado o sistema vestibular, responsável pelo equilíbrio do corpo e auto-organização (CAVALARIA, 2009).

### 3.2 A influência da terapia da rede na estimulação do sistema vestibular

A rede se tornou uma estratégia aplicada em hospitais que visa contribuir para um cuidado voltado à humanização e ao desenvolvimento através do posicionamento, propiciando sensação de conforto (LEONEL et al., 2018), com esses avanços da neonatologia as chances de sobrevivência tem se tornado cada vez maior (DEFILIPPO et al., 2017).

O ambiente intrauterino é fundamental para o desenvolvimento, por possuir benefícios únicos, no entanto, com o nascimento prematuro todo esse processo é cessado e a estimulação vestibular por meio do balanço da rede é um meio que promove efeitos positivos como segurança, organização e ganho de peso (JESUS, DAVID, MORAN, 2015).

Conforme aponta Gomes e Monteiro (2014), o uso da rede além de estimular o sistema vestibular promovendo equilíbrio e proteção, proporciona organização tônica e postural, específicas do ambiente intrauterino, pois, minimizam extensões e retrações, movimentos indesejados decorrentes da falta de limitação pelas paredes uterinas. Através de informações sensoriais que o Sistema Nervoso Central (SNC) recebe por meio dos sistemas, entre eles, o vestibular, é que se dá a orientação postural, propriocepção (WIDMAIER, RAFF, STRANG, 2013).

Proprioceptores, são receptores sensitivos espalhados pelo corpo, encontram-se em maior quantidade em músculos responsáveis por postura como o trapézio, os quais informam ao SNC sobre a posição do corpo, movimento e equilíbrio (VAN DE GRAFF, 2013). Cada sistema sensorial possui sua característica por conta da localização e retransmitem informações específicas, chamadas propriocepção, responsável pela posição e movimento de uma parte em relação à outra do corpo, expropriocepção, responsável pela posição e movimento do corpo relacionado ao ambiente e exterocepção, responsável pela localização de um objeto em relação a outro (KLEINER, SCHLITTLER, SÁNCHEZ-ARIAS, 2011).

O sistema vestibular é considerado exproprioceptivo devido à orientação espacial no ambiente (KLEINER, SCHLITTLER, SÁNCHEZ-ARIAS, 2011), desempenha importante função como organização tônica, equilíbrio e controle da movimentação, por isso, é um dos sistemas mais complexos (RIBEIRO & FRANCISCO, 2012).

Segundo Van de Graff (2013), a orelha interna acomoda uma estrutura

complexa composto de osso denso, denominado labirinto ósseo, o qual garante a proteção do labirinto membranáceo em seu interior. Entre os labirintos, ósseo e membranáceo, existe um líquido secretado por células correspondentes aos canais ósseos, a perilinfa, e um líquido no interior do labirinto membranáceo chamado endolinfa, a junção desses dois líquidos propiciam um meio líquido que conduzem as vibrações que ocorrem na audição e equilíbrio.

A estrutura óssea é separada em três partes, vestíbulo, cóclea e canais semicirculares, neste local encontram-se os órgãos que promovem audição e equilíbrio (VAN DE GRAFF, 2013). O sistema vestibular compreende vários tubos membranosos conectados uns aos outros e ao ducto coclear, repletos por endolinfa, sendo composto então por três canais semicirculares, utrículo e sáculo (WIDMAIER, RAFF, STRANG, 2013), disposto na figura a seguir.



Figura 2 - Aparelho vestibular

Fonte: Site do Dr. Massimo Defilippo. Fisioterapia para todos. Disponível em <https://www.fisioterapiaparatodos.com/p/sintomas/vertigem-ou-tontura/>

No sistema vestibular disposto acima se encontram as células ciliadas, responsáveis por perceberem as mudanças na movimentação e posição da cabeça, sendo que, quando ocorre o movimento da cabeça, os canais semicirculares juntamente com essas células movem-se também, ativando neurotransmissores para a propagação ao SNC (WIDMAIER, RAFF, STRANG, 2013).

Entretanto, o utrículo e o sáculo são responsáveis pela percepção na mudança da posição da cabeça, para trás e para frente, para cima e para baixo, dessa forma, a utilização da informação vestibular reflete na manutenção da postura, equilíbrio e nos reflexos durante a locomoção (WIDMAIER, RAFF, STRANG, 2013), portanto, esse sistema é que orienta o movimento da cabeça conforme as posturas (KLEINER, SCHLITTLER, SÁNCHEZ-ARIAS, 2011).

Adaptar-se ao ambiente extrauterino requer meios que propiciem ao cérebro



imaturidade a continuidade do processo interrompido pelo nascimento precoce, pois, procura estabilidade postural e contenção por não obter maturidade em nível de SNC (JESUS, DAVID, MORAN, 2015) e, um desses meios é a estimulação vestibular. O balanceio rítmico látero-lateral da rede é uma intervenção que promove efeitos positivos como segurança, organização e, conseqüentemente, ganho de peso (SARMENTO, 2007), haja vista que, a inexistência, falhas ou imaturidade da informação vestibular como nos RNPT lentifica e/ou desorganiza a resposta postural (KLEINER, SCHLITTLER, SÁNCHEZ-ARIAS, 2011).

### **3.3 Ganho de peso associado à utilização da rede de balanço**

O peso é o primeiro dado do RN ao nascer e deve ser realizado na primeira hora de vida, pois, logo pode ocorrer a perda de peso pós-natal de forma relevante. É classificado da seguinte forma: baixo peso com menos de 2.500g, muito baixo peso com menos de 1.500g e extremo baixo peso com menos de 1.000g, assim como podem ser pequenos para idade gestacional (PIG), adequados para idade gestacional (AIG) e grandes para idade gestacional (GIG), classificação quanto ao peso e idade gestacional (DATASUS, 2018).

Faz-se uso do gráfico para a avaliação dos dados nutricionais do RN, nele encontra-se o peso de nascimento e a idade gestacional, as informações são cruzadas resultando na classificação do RN como citado acima (AULER & DELPINO, 2008).

Segundo Ferraz e Neves (2011), existem fatores determinantes para o nascimento precoce e baixo peso, sendo este o maior fator de morbimortalidade dos RN's e, pode acontecer decorrente do parto prematuro ou desnutrição intrauterina, resultando em restrição de crescimento, peso abaixo do normal para a idade gestacional e reflete ao longo da vida por estar associado com o desenvolvimento lento na infância, vale ressaltar que, nem sempre o RNPT é de baixo peso, assim como nem todos de baixo peso são RNPT.

Afirmam Caçola e Bobbio (2010), que o número de nascimentos de RN's de baixo peso está cada vez maior, isto se dá por determinados fatores como o tabagismo, hipertensão crônica ou gestacional, gestação múltipla, restrição de crescimento intrauterino anterior, infecções perinatais crônicas, anomalias congênitas, ganho ponderal materno insuficiente, sangramento persistente no segundo trimestre, etilismo, desnutrição materna, entre outros. Com os avanços tem sido significativa a redução na taxa de mortalidade, todavia, não se pode ignorar os riscos de sequelas que podem acarretar, sendo este atualmente grande motivo de preocupação, maior que no passado.

Nos últimos três meses da gestação são quando acontece o maior



desenvolvimento e ganho de peso da criança e, quando há necessidade de intervenção precoce, esse processo é interrompido abruptamente (GOMES & MONTEIRO, 2014), no entanto, torna-se fundamental um aporte de nutrientes que garante o bom prognóstico, sem prejuízos metabólicos, haja vista que, a prematuridade favorece a imaturidade das funções e metabolismo de gordura, por isso, possuem nível baixo de energia, gordura, glicogênio e outros nutrientes, sendo importante a boa demanda que supram as necessidades nutricionais, uma vez que, o baixo peso é causa de mortalidade neonatal (AULER & DELPINO, 2008).

A prematuridade priva o RN da contenção através das paredes uterinas e do movimento aquático do útero, conseqüentemente, é privado de estimulações, inclusive a do sistema vestibular, acarretando em desorganização (BRASIL, 2011). O RN não obtém controle postural, se tratando dos prematuros é ainda mais precário (KLEINER, SCHLITTLER, SÁNCHEZ-ARIAS, 2011), no entanto, as informações que o SNC recebe dos demais, entre eles, o vestibular, é que se dá a coordenação postural, equilíbrio e orientação espacial no ambiente (RIBEIRO & FRANCISCO, 2012).

Quando o RN é colocado na incubadora procura por limitações, estabilidade postural e, ao encontrar, se acalma, pois, se orienta no espaço em que está e, conseqüentemente, ocorre diminuição dos movimentos e organização por meio do posicionamento, haja vista que, a auto-organização redundante em minimização de gasto energético (BRASIL, 2011).

A rede na incubadora é uma intervenção que promove a estimulação quanto inibe os excessos da mesma, por conta da contenção, uma vez que, possui sua energia distribuída diferentemente de RN's a termo e, os subsistemas utilizam sua energia. Com o nascimento precoce os sistemas exigem funcionalidade própria acarretando em desorganização e gasto energético, assim, a rede propicia limitação, estimulando o sistema vestibular, resultando em reações de equilíbrio, menor gasto energético e maior ganho de peso (GOMES & MONTEIRO, 2014).

A equipe multiprofissional deve estar bem relacionada, pois, o bom prognóstico depende das intervenções realizadas e, uma prática simples, de baixo custo e não invasiva como a rede, diminui a perda de calor, traz estabilidade, reduzindo o gasto energético, tornando a reserva maior decorrente da organização proveniente da estimulação vestibular, portanto, é claramente notável o aumento do peso, variáveis contributivas para o desenvolvimento do prematuro (LINO et al., 2015), resultando na prevenção de possíveis complicações hospitalares por meio da alta mais rápida (CAVALARIA, 2009).

A enfermagem é quem tem maior contato dentro com os bebês, em virtude disto, é necessário conhecimento específico para traçar planos de cuidados para o bom prognóstico, vale ressaltar que, a enfermagem pode diminuir os fatores

estressantes (JESUS, DAVID, MORAN, 2015). A equipe deve realizar práticas como a rede, pois, propicia humanização, estimulação vestibular e ganha de peso através da auto-organização, garantindo segurança, qualidade e efetividade no atendimento durante o período de internação (CAVALARIA, 2009), haja vista que, o poder de cuidar está nas mãos!

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É uma técnica recente e pouco utilizada pelas unidades neonatais, porém, constatou-se a eficiência e eficácia da mesma, considerando que dentro da UTIN pode-se propiciar um cuidado humanizado, simulando o ambiente intrauterino por meio de técnicas simples e não invasiva como a rede. O seu balanceio rítmico látero-lateral estimula o sistema vestibular e suas funções, promovendo proteção, segurança, estabilidade do RN e equilíbrio, redundando na organização postural do bebê, considerando que é incorreta pelo nascimento prematuro.

A prematuridade priva o bebê do último trimestre intrauterino, momento em que se desenvolve por completo, ocasionando o baixo peso ao nascimento e, a utilização da rede, estimulando o sistema vestibular, promove organização do RN fazendo com que suas energias sejam preservadas acarretando em diminuição do gasto energético e, conseqüentemente, ganho de peso mais rápido.

A enfermagem ocupa lugar de destaque nesse processo, pois, tem contato direto, constante e influencia no cuidado aos RNPT e/ou baixo peso, possibilitando o melhor desenvolvimento através de técnicas simples e importantes como esta.

#### REFERÊNCIAS

ASCOM SE/UNA-SUS, 2014. **Redes de dormir são utilizadas em maternidade de hospital.** Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/%E2%80%99Credes-de-dormir%E2%80%9D-sao-utilizadas-em-maternidade-de-hospital>>. Acesso em: 01 set. 2018.

AULER, Flavia; DELPINO, Fabiane Samara. Terapia Nutricional em Recém-Nascidos Prematuros. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 2, pp. 209-216. Maringá-PR. Maio/Ago. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/750/605>>. Acesso em 13 out. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria Executiva. Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 20 agos. 2018

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru – Manual Técnico. Brasília: 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_manual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf)>. Acesso em: 18 agos. 2018.

CAÇOLA, Priscila; BOBBIO Tatiana Godoy. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento

motor: a realidade atual. **Rev Paul Pediatr**. Estados Unidos. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n1/v28n1a12.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2018.

CAVALARIA, Sílvia Valéria Fernandes. **A terapia ocupacional utilizando redinhas no atendimento de recém-nascidos na UTI neonatal** [Tese]. Lins - SP. Centro Universitário Católica Salesiano Auxilium; 2009. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO17034896836.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2018.

DATASUS. **Nota: Definições. Resoluções WHA20.19 e WHA43.24 de acordo com o Artigo 23 da Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em: 05 out. 2018.

DEFILIPPO, Massimo. Site. **Fisioterapia para todos**. Rubiera-Italy. 2018. Disponível em: <<https://www.fisioterapiaparatodos.com/p/sintomas/vertigem-ou-tontura/>>. Acesso em: 01 out. 2018.

FERRAZ, Thaise da Rocha; NEVES, Eliane Tatsch. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 86-92, Mar. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100011&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100011>. Acesso em 05 out. 2018.

GOMES, Nayra Rejane Rolim; MONTEIRO, Ronize Couto de Sá. As implicações do uso da redinha por bebês prematuros: Uma revisão de literatura. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.16, n°2, p. 94-97, jul-dez, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/4063>>. Acesso em: 27 set.2018.

GRAAFF, Kent Marshall Van de. **Anatomia Humana**. 6 ed. Barueri, SP: Manole, [ Reimp.] 2013. p. 490-493.

JESUS, Adlla Jamily Santos de; DAVID, Maisi Muniz Cabral; MORAN, Cristiane Aparecida. Estimulação vestibular na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Medicina-RBM**. Ed. Moreira Júnior. v. 51. n. 9. pp. 343-348. São Paulo, 2018. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=6180](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6180)>. Acesso em: 05 out. 2018.

KLEINER, Ana Francisca Rozin; SCHLITTLER, Diana Xavier de Camargo.; SÁNCHEZ-ARIAS, Mónica Del Rosário. O papel dos sistemas visual, vestibular, somatossensorial e auditivo para o controle postural. **Rev Neurociência** 2011, p.349-357. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1902/revisao%2019%2002/496%20revisao.pdf>>. Acesso em: 25 agos. 2018.

LEONEL, Paloma Santos et al. Uso da rede para posicionamento do prematuro na UTI neonatal: análise de notícias eletrônicas. **Rev Fund Care Online**. 2018 jan./mar.; 10(1):106-112.DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.106-112>. Disponível em: <[www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/5988/pdf\\_](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/5988/pdf_)>. Acesso em: 03 out. 2018.

LINO, et al. Os benefícios da rede de balanço em incubadoras utilizadas em recém-nascidos na UTI neonatal: uma estratégia de humanização. **Revista Enfermagem Revista**, vol. 18, nº 1, jan/abr.2015. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9372>>. Acesso em: 26 set. 2018.

OMS, **Organização Mundial da Saúde**. Relatório anual de 2004. Disponível em: <[http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_snvs\\_ac\\_2ed.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_snvs_ac_2ed.pdf)>. Acesso em: 17 agos. 2018.

PIVA, Eloeth Kaliska. **A assistência humanizada ao recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. Monografias do Curso de Fisioterapia da Unioeste. n. 01. ISSN 1675-8265. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascável-PR. 2005. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/projetos/elfr/monografias/2005/pdf/eloeth.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

RIBEIRO, Luciana Aparecida; FRANCISCO, Naya Prado Fernandes. A estimulação vestibular

em crianças autistas: Uma abordagem da terapia ocupacional através da integração sensorial. **Encontro Latino Americano de Iniciação Científica (INIC)**- Universidade Vale do Paraíba. São José dos Campos, SP. 2012. Disponível em: < [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2012/anais/arquivos/0054\\_0908\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2012/anais/arquivos/0054_0908_01.pdf)>. Acesso em: 03 out. 2018.

SARMENTO, George Jerre Vieira. **Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia**. 1.ed. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 336-353.

WIDMAIER, Eric P; RAFF, Hershel; Strang, Kevin T. **Fisiologia Humana: Os mecanismos das funções corporais**. 12 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013.

## O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM DE MARINHO (IDAM): APLICAÇÃO DO MÉTODO

Data de aceite: 19/12/2019

Data de submissão: 14/10/2019

### Antônio de Magalhães Marinho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/2330263368487131>

### Suzana da Silva Pereira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/6664828787007401>

### Maria Lelita Xavier

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/3521578021058892>

### Julia Marinho Ribeiro

CAp / UFRJ

Rio de Janeiro – RJ

**RESUMO:** Trata-se de um estudo que utiliza a auto-avaliação, sobre um conjunto de requisitos de uma disciplina ou matéria de ensino, como base para medir o grau de aprendizagem dos estudantes. A auto-avaliação é aplicada em dois momentos: uma no início do curso (diagnóstica) e a outra no final (evolutiva). Foi utilizada a equação proposta por Marinho para aferir o índice

de desenvolvimento da aprendizagem (IDAM). Os objetivos do estudo são: 1- Demonstrar a aplicação do IDAM na aferição da aprendizagem do aluno; 2- Calcular o desempenho do aluno no processo de aprendizagem (ADAM), obtido pela média aritmética das notas nas provas escritas e com o IDAM e 3- Aplicar e validar a equação matemática que auxilia na medida do aprendizado do aluno.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aprendizado; (Auto) avaliação; IDAM; ADAM

### THE MARINHO LEARNING DEVELOPMENT INDEX (IDAM): APPLICATION OF THE METHOD

**ABSTRACT:** It is a study that uses self-assessment, on a set of requirements of a discipline or teaching matter, as a basis for measuring the degree of learning of students. Self-assessment is applied in two moments: one at the beginning of the course (diagnostic) and the other at the end (evolutionary). The equation proposed by Marinho was used to assess the Learning Development index (IDAM). The objectives of the study are: 1-demonstrate the application of the IDAM in the measurement of student learning; 2-Calculate the student's performance in the learning process (ADAM), obtained by the arithmetic mean of the notes in the written exams and with the IDAM and

3-apply and validate the mathematical equation that assists in the student's learning measure

**KEYWORDS:** Learning; Self-evaluation; IDAM; ADAM

## INTRODUÇÃO

Neste estudo propomos a aplicação da auto-avaliação como instrumento de aferição da aprendizagem e a aplicação da equação utilizada para aferir o Índice de Desenvolvimento da Aprendizagem proposto por Marinho (IDAM) (Vasconcellos, 1995). A auto-avaliação é uma verificação objetiva que a pessoa faz sobre si mesma. Portanto, é uma modalidade de avaliação que proporciona ao aluno a possibilidade de identificar suas necessidades de estudo, além de facilitar a busca da construção do seu conhecimento durante o processo de ensino-aprendizagem. Em todo processo de ensino-aprendizagem, há necessidade de uma avaliação do sujeito-aprendiz com o objetivo de acompanhar o seu desenvolvimento e (re) orientá-lo, ou meramente aplicar-lhe uma nota ou conceito. As bases inspiradoras deste estudo estão na obra “Renovando Atitudes” do espírita Francisco do Espírito Santo Neto, no qual nela encontramos um conjunto de reflexões sobre o processo de avaliação (HAMMED, 1997). A abordagem deste autor vem ao encontro do modo como pensamos e aplicamos o processo de avaliação com os discentes da Disciplina de Administração em Enfermagem na unidade acadêmica em que atuamos. Pela importância do tema e pela forma de abordagem, nos permitimos transcrever abaixo alguns dos textos para dar sustentação as nossas reflexões e auxiliar aqueles que no seu dia-a-dia necessitam fazer algum tipo de avaliação. “Toda opinião ou juízo que desenvolvemos no presente está intimamente ligado a fatos antecedentes” (HAMMED, 1997)

Em todo comportamento humano existe uma motivo. Portanto, julgar, medir e sentenciar os outros, não se levando em conta suas realidades, mesmo sendo considerada preconceituosa; neurótica ou psicótica. É não ter bom senso ou racionalidade, pois na vida somente é válido e possível o auto julgamento (VASCONCELLOS, 1995). Melhor que medir ou apontar o comportamento de alguém seria tomarmos a decisão de visualizar bem fundo nossa intimidade, e nos perguntamos onde está tudo isso em nós. Os indivíduos podem ser considerados, nesses casos, excelentes espelhos, nos quais veremos quem somos realmente. Ao mesmo tempo, teremos uma ótima oportunidade de nos transformar intimamente, pois estaremos analisando as características gerais de nossos conceitos e atitudes inadequadas (Hoffmann, 1994). Só poderemos nos reabilitar ou reformar até onde conseguimos nos perceber; ou seja, aquilo que não está consciente em nós dificilmente irá conseguir reparar ou modificar. Quando não enxergarmos a nós



mesmo, nosso comportamento perante os outros não são totalmente livres para que possamos fazer escolhas ou emitir opiniões (HAMMED, 1997). Sabemos que em todo processo de ensino-aprendizagem, há necessidade de uma avaliação do sujeito aprendiz com o objetivo de acompanhar o seu desenvolvimento e (re) orientá-lo, ou meramente aplicar-lhe uma nota ou conceito. A forma de medir o aproveitamento dos alunos nas Escolas/ Faculdade é, frequentemente, realizada pelos componentes da ação pedagógica – professor e aluno, com base em um conjunto de fatores empíricos e subjetivos. A auto-avaliação é um instrumento utilizado pelos componentes da ação pedagógica – professor e aluno – e não pode estar desvinculado do projeto pedagógico (MELCHIOR, 1994). Os critérios da auto-avaliação do aluno devem ser os mesmos e conhecidos por ambos, professor e aluno, para que esta seja considerada pelo professor. Serve como mais um subsídio para a auto-avaliação do professor. Neste estudo propomos a aplicação da auto-avaliação, como instrumento de aferição da aprendizagem, e a aplicação do Índice de Desenvolvimento da Aprendizagem proposto por Marinho (**IDAM**) (MARINHO, 2010). A expressão matemática do índice é: **IDAM=  $[\sum(PA2 - PA1) / \sum(PmxR - PA1)] \times 10$** . Assim como a auto-avaliação é uma modalidade de avaliação que proporciona ao aluno a possibilidade dele mesmo identificar suas necessidades de estudo, poderá facilitar e motivá-lo para a busca e construção do seu conhecimento durante o processo de ensino-aprendizagem.

De acordo com Lacerda (2019) a cognição é o processo de transformação das informações em conhecimento, uma vez que este inclui um conjunto mínimo de atitudes expressas pelo mnemônico: DEP<sup>2</sup>R<sup>2</sup>IMA<sup>3</sup>. Cada letra significa uma atitude na construção do conhecimento. Assim para aferir se o aluno ou participante de um curso aprendeu (reteve a informação, deve-se avaliar como ele se comporta frente ao tema (requisito) no momento de: D=Discutir (discurso); E=Executar (execução); P<sup>1</sup>= Pensar (pensamento); P<sup>2</sup>= Perceber (percepção) pela Visão e pela Audição; R<sup>1</sup>=Refletir (reflexão); R<sup>2</sup>=Raciocinar (raciocínio); I=Imaginar (imaginação); M=Memorizar (memorização); A<sup>1</sup>=Atentar (atenção); A<sup>2</sup>= Aceitar (aceitação), e A<sup>3</sup>= Ajuizar (juízo). O aprendizado, a consciência e as emoções estão envolvidas nos processos mentais que influenciam o comportamento (as atitudes) de cada indivíduo.

## OBJETIVOS

**O estudo teve como objetivos:** 1- Demonstrar a aplicação do IDAM na aferição da aprendizagem do aluno com base na auto-avaliação inicial (diagnóstica) e final (evolutiva); 2- Calcular a avaliação do desempenho da aprendizagem de Marinho (ADAM) e 3- Aplicar e validar uma equação matemática que auxilia na

medida do aprendizado do aluno.

## DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Estudo de caráter experimental, onde se utiliza o IDAM e a auto-avaliação com 36 alunos, aplicado no primeiro (Inicial) e no último dia de aula (final). Utilizou-se conjunto de 60 requisitos (itens /conteúdos), agrupados e categorizados como: Imprescindíveis (21I), Necessários (15N), Recomendáveis (20R) e Informativos (4Inf) em relação à disciplina. A classificação foi estruturada com um Rensis Likert, que variava de 0 a 10, recebendo a classificação: “NÃO sabe” (intervalo 0 a 2,5); “sabe MENOS do que sabe” ( 2,51 a 5,00); “sabe MAIS do que NÃO sabe” (5,01 a 7,50) e “SABE” (7,51 a 10,0). Para a auto-avaliação individual pegamos como base os 60 requisitos de maior importância para o alcance dos objetivos da Disciplina (Administração do Processo de Trabalho e da assistência de Enfermagem em Unidades de Saúde). Aplicamos como ponto de referência duas provas escritas abordando os conteúdos referentes ao conjunto de requisitos, utilizaram-se perguntas abertas e fechadas para confrontar com o IDAM. A **ADAM** é obtida pela média aritmética do **IDAM** e da média das Provas Escritas.

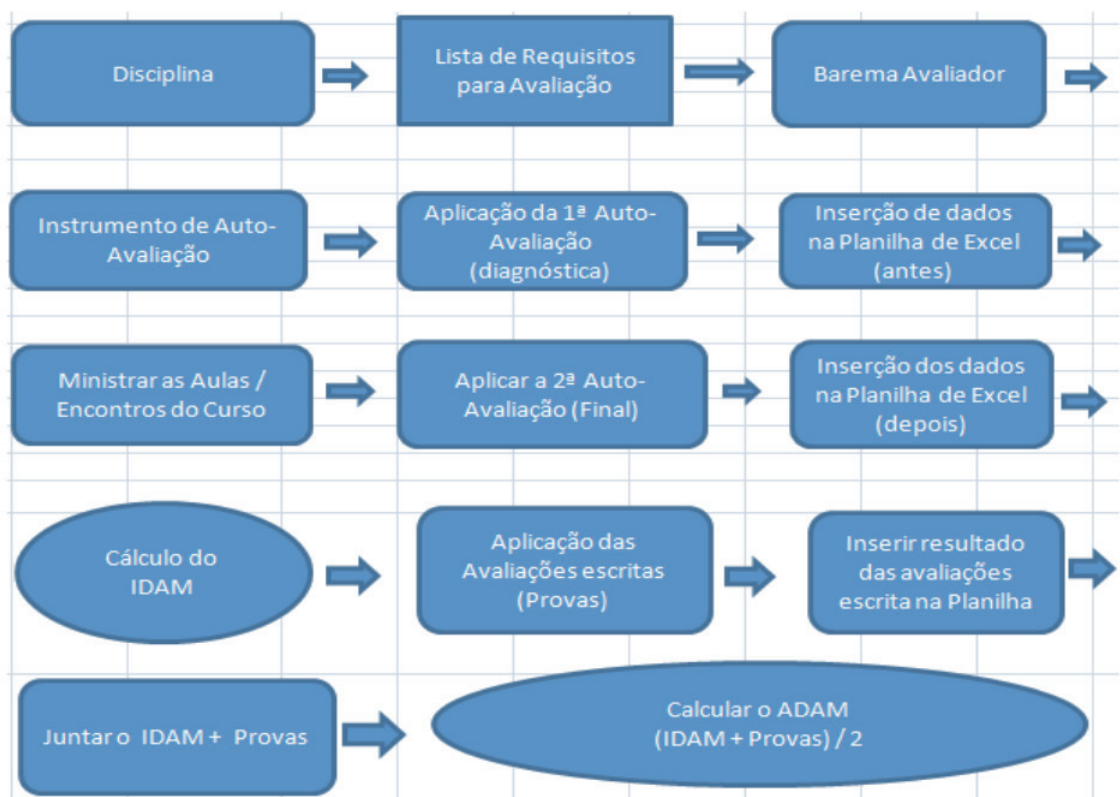


Figura 1 - Fluxo do Processo Avaliativo

## Descrição das Etapas do Processo Avaliativo

**A-** Estruturando o Instrumento de auto-avaliação (Apêndice A1 e 2)

A1-Listar o conjunto de itens (quesitos/ requisitos) a serem avaliados (Apêndice A1) e classificá-los (**INRI**) como Impressindível (I), Necessário (N), Recomendável (R) ou Informativo (Inf);

A2-Estruturar um Barema para padronizar e balizar as auto-avaliações (Apêndice A2);

**B-** No primeiro momento do curso, entregar o instrumento de auto-avaliação (avaliação diagnóstica / inicial) a cada participante (aluno), solicitando utilizar rigorosamente a pontuação estabelecida no Barema;

**C-** Recolher todos os instrumentos preenchidos em todos os requisitos e com as iniciais do nome de cada participante;

**D-** Inserir os pontos das avaliações individuais na planilha de Excel de grupos, na coluna “antes” (Apêndice B2);

**E-** Ensinar os conteúdos, utilizando estratégias diversas para favorecer a retenção dos conhecimentos;

**F-** No último dia do Curso (2º momento) fornecer outro instrumento de auto-avaliação, com os mesmos requisitos utilizando na primeira auto-avaliação e utilizando os padrões do mesmo Barema para que o participante refaça a sua avaliação, após participar do curso (aulas/ dinâmicas);

**G-** Recolher todos os instrumentos preenchidos em todos os requisitos e com as iniciais do nome de cada participante;

**H-** Inserir os pontos das avaliações individuais na planilha de Excel de grupos (Apêndice B2);

**I-** Inserir os pontos das avaliações individuais na planilha de Excel de grupos na coluna “depois” (Apêndice B2);

**J-** Com os pontos das auto-avaliações inserir os dados na coluna inicial (coluna da nota grau A) e na final (coluna da nota grau B) do Apêndice B1. O IDAM será calculado automaticamente.

**K-** Conferir se o IDAM da Planilha do Apêndice B1 confere com o IDAM da Planilha do Apêndice B2.

**L-** Apurar as notas das Provas Escritas e inserir no quadro do Apêndice D;

**M-** Calcular o ADAM conforme Apêndice D.

## ANÁLISE DE RESULTADOS

A amostra foi composta por 36 alunos (30 mulheres e 6 homens), todos foram incluídos uma vez que atenderam aos critérios de inclusão. Na auto-avaliação inicial

utilizamos 60 requisitos para aferir a média (Inicial/Diagnóstica). Elas oscilaram entre 0,69 e 3,8 com média aritmética de 2,19, sendo que 23 (64%) alunos ficaram na categoria de que “Não SABE”(Faixa entre 0,00 e 2,50). Na autoavaliação final, o IDAM evidenciou que 47,22% (17 aluno) foram classificados na faixa “Sabe mais do que não SABE” (5,01 a 7,50) e 52,77% (19) foram classificados na faixa “SABE” (7,51 a 10,00), com avaliações variando entre 7,1 e 9,7. Com a aplicação das medidas de tendência central verifica-se: média aritmética de 7,1; mediana de 7,7 e uma moda de 7,8. Os resultados das avaliações nas duas provas escritas mostram que 41,6% (15 alunos) foram classificados na categoria “SABE” e em 58,3% (21 aluno) ficaram na faixa “Sabe mais do que não SABE”. As medidas de tendência central das provas escritas apresentaram média de 7,0; mediana de 7,2 e bimodal (7 e 8,1). Portanto, as médias (0,1), as medianas (0,5) e as modas (0,55) oscilaram entre 0,1 e 0,6 para mais no IDAM. Demonstrando que as notas das provas foram muito próximas das obtidas no IDAM. Os resultados evidenciam que 63,9 (23 alunos) das médias dos exames escritos são coerentes com as médias do IDAM; e que 44,4% (16 alunos) das médias no IDAM oscilaram entre 0,05 e 4,25 pontos acima das notas das provas, sendo que em 25% (9 alunos) o IDAM foi superior a 1 ponto, o que caracteriza uma autoavaliação não-criteriosa por parte dos alunos. No cálculo da avaliação do desempenho da aprendizagem de Marinho -ADAM (Prova + IDAM) a média foi 7,05 (oscilando entre 6,1 e 9,2) com 30,55% (11) classificados na categoria “SABE mais do que não sabe” e 69,4% (25 alunos) na categoria “SABE”.

## CONCLUSÕES

O IDAM auxilia na avaliação do que o aluno aprendeu na sala de aula e no campo de prática, favorecendo uma avaliação mais transparente sobre o aprendizado. Com o IDAM pode-se avaliar o crescimento individual no início e no fim da administração da disciplina; o crescimento do aluno em relação à turma e, ainda, o crescimento da turma como um todo. O índice de desenvolvimento pode ser aferido em relação ao IDAM médio, ao IDAM mínimo e ao IDAM máximo da turma. A avaliação escrita vale como uma ferramenta para manter e assegurar o caráter ético do processo, bem como serve de estratégia para a confirmação e validação do método de avaliação pelo IDAM e pela ADAM. Vale destacar que a disciplina teve duração de 90 horas, sendo 72h presenciais e 18h teórico-práticas com visitas técnicas; verificou-se uma ausência média por aluno de 11 horas, entendendo-se ser este um fator de influência direta no ADAM.

## CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Recomenda-se a utilização do método na avaliação do conhecimento na enfermagem, pois a aplicação do IDAM mostrou-se uma ferramenta útil para a estruturação de conteúdos que atendam às necessidades dos estudantes e profissionais da enfermagem. Isto pode ser verificado quando na primeira autoavaliação se identificam os pontos fracos do aluno ou do profissional recém-admitida na organização; com base nesses pontos fracos se estruturam os conteúdos a serem abordados, ensinados ou reforçados. Acredita-se que métodos de autoavaliação, aplicados com seriedade e balizados por baremas bem estruturados, possam ser adotados pelos docentes nas unidades de ensino e assim substituir as demais formas utilizadas para avaliação da aprendizagem dos alunos.

## REFERÊNCIAS

HAMMED, E. **Renovando Atitudes, psicografado por Francisco do Espírito Santo Neto**. Catanduva, SP: Boa Nova Editora. 1997.

VASCONCELLOS C S. **Avaliação: concepção dialética -libertadora do processo de avaliação escolar**. São Paulo. 1995.

HOFFMANN J M L. **Avaliação: mito & desafio – uma perspectiva construtivista**. Porto Alegre: Educação e Realidade. 1994.

MELCHIOR, M C. **Avaliação pedagógica: função e necessidade**. Porto Alegre: Mercado Aberto. 1994.

MARINHO, A M. **Como faço para aferir o quanto o aluno aprendeu: - aplicação do índice de desenvolvimento da aprendizagem de Marinho (IDAM)**. Editora: ABEN, Anais do 62ºCBEN. 2010.

MARINHO, A M; Santos, V; Costa,CCP; Correa, SS. Avaliação da aprendizagem: aplicação do Índice de Desenvolvimento da Aprendizagem de Marinho. **Anais 51ºCongresso hupe.uerj**,v.12(supl.2), 2013 visita no site em 20/11/2018: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=435](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=435)

MARINHO, AM. A.M. **Técnicas para Melhoria dos Processos de Trabalho nas Unidades de Saúde**, Cap .36, In:Tratado de Cuidados de Enfermagem Médico- Cirúrgica, coordenado por: FIGUEIREO, N. M. A. et al. São Paulo: editora Roca, 2012. Marinho, AM. Medidor de Competências. Disponível em: [www.professorantoniomarinho.com.br](http://www.professorantoniomarinho.com.br). Acesso em 03 jan. 2019.

LACERDA, A M. Manuscrito sobre “lavagem Cerebral”: como se dá esse processo, 2 páginas, 2019. Visitado em 08/10/2019 [https://m.facebook.com/story.php?story\\_fbid-29674033533017438&id=100000963236537](https://m.facebook.com/story.php?story_fbid-29674033533017438&id=100000963236537)

**APÊNCICE A1** - Exemplo de lista com os itens /conteúdos do programa, referente à disciplina de administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem a serem avaliados

Iniciais do Nome:.....

| Item | De acordo com os conhecimentos / informações adquiridas nos períodos anteriores responda de acordo com o BAREMA abaixo: | Classificação (INRI) | Auto-avaliação => 0 a 10 |            |
|------|---|----------------------|--------------------------|------------|
|      |   |                      | 1º Momento               | 2º Momento |
| 01   | A diferença entre Conceito e Definição?   | N                    |                          |            |
| 02   | <i>O que significa Empreendedorismo e Marketing?</i>  | R                    |                          |            |
| 03   | O Significado de Clientes e Usuário?  | N                    |                          |            |
| 04   | Você conhece a Metodologia SOMEPa (Marinho, A.)?  | I                    |                          |            |
| 05   | Como se classificam as Necessidades Humanas Básicas?  | R                    |                          |            |
| 06   | O que significa Administrar? e POC3? Quais as etapas de um Processo Administrativo?                                     | I                    |                          |            |
| 07   | O que é Processo de Trabalho (PT)? Você conhece a equação de Estruturação do PT= 2 (PI)R+CV+(MS)S (Marinho, A.)?        | I                    |                          |            |
| 08   | Quais são os Parâmetros de um Sistema? O que significa Visão Sistêmica?   | I                    |                          |            |
| 09   | Quais são os sete Grupos de Recursos de uma Empresa?  | I                    |                          |            |
| 10   | O que se considera como científico?   | INF                  |                          |            |
| 11   | O que são informações?  | INF                  |                          |            |
| 12   | O que significa conhecimento?   | INF                  |                          |            |
| 13   | O que é cultura de um povo?   | INF                  |                          |            |
| 14   | A diferença entre Unidade de Cuidados Básicos / UPA, Policlínica e Hospital?  | R                    |                          |            |
| 15   | Quais são as Funções Básicas de uma Empresa de Saúde?   | N                    |                          |            |
| 16   | Quais são as áreas de atuação dos Profissionais de Saúde?   | N                    |                          |            |
| 17   | O que é Planejamento? Quais são os Tipos de Planejamento (Sua Classificação)?   | I                    |                          |            |
| 18   | O que significa Estratégia? O que é Plano de Ação?  | I                    |                          |            |
| 19   | O que significa Problema e Causa na Análise do Processo de Trabalho?  | I                    |                          |            |
| 20   | O que significa diagnóstico? O significado de Objetivo? O significado de Meta?  | I                    |                          |            |
| 21   | O significado de SMA2R2T? (Objetivos – Peter Drucker)   | I                    |                          |            |
| 22   | O significado de SWOT \ FOFA? (Albert Humphrey // M. Porter)  | I                    |                          |            |
| 23   | O que é Diagrama de causa e efeito / Espinha de Peixe / Diagrama de Ishikawa?   | I                    |                          |            |
| 24   | Qual o significado da Ferramenta 7W3H?  | N                    |                          |            |
| 25   | O significado do Ciclo PDCA? E ciclo PDCL ( <i>ciclo de Shewhart ou ciclo de Deming</i> )?                              | I                    |                          |            |
| 26   | O significado da Ferramenta 7Ms? Quais apontam os Custos Diretos e Indiretos?   | N                    |                          |            |



|    |   |   |  |  |
|----|---|---|--|--|
| 27 | Qual a diferença entre Estrutura do Perfil de um Candidato a uma vaga de Trabalho e o perfil de uma vaga de trabalho? | R |  |  |
| 28 | Como se estrutura o Perfil de uma Empresa / Organização / Divisão/ Serviço?   | I |  |  |
| 29 | A diferença entre Fluxograma, Cronograma, Organograma e Funcionograma?  | R |  |  |
| 30 | O que significa Técnica de "Brainstorming"?   | N |  |  |
| 31 | O que significa Técnica de "Checklist"?   | I |  |  |
| 32 | Qual a diferença entre Processo de Trabalho Técnico, Administrativo e Apoio?  | I |  |  |
| 33 | O significado de Missão, Visão de Futuro e Objetivos Organizacionais?   | I |  |  |
| 34 | Como se estrutura a Política da Empresa?  | R |  |  |
| 35 | Qual a diferença entre Política de Estado e Política de Governo?  | R |  |  |
| 36 | O que significa BSC (Balanced Score Card → Robert Kaplan e David Norton)?   | R |  |  |
| 37 | O significado de CHA? E CEP3? (Comportamento // Atitudes)   | N |  |  |
| 38 | O significado de $H = T \times T$ e de $E = E + E$ ?  | N |  |  |
| 39 | Qual a diferença entre ser Líder e ser Gerente (chefe)?   | N |  |  |
| 40 | O que significa a expressão matemática $==> QP = KM \times THE$   | R |  |  |
| 41 | Como se desenvolve a Supervisão dos PT na Enfermagem?   | N |  |  |
| 42 | Como se Gerenciam os dados e as Informações da Enfermagem?  | R |  |  |
| 43 | O que é a Divisão Técnica e Social do Trabalho nas Unidades de Saúde?   | R |  |  |
| 44 | Como se realizam os Processos de Controle de Recursos Materiais e Humanos?  | N |  |  |
| 45 | Como calcular a Taxas de Absenteísmo e de Benefícios?   | R |  |  |
| 46 | Quais os Programas de Educação Continuada / Permanente?   | N |  |  |
| 47 | Como se desenvolve o Processo de Tomada de Decisões?  | I |  |  |
| 48 | Métodos de análise e enfrentamento de conflitos na Organização?   | R |  |  |
| 49 | O que significa Clima e Cultura Organizacional?   | R |  |  |
| 50 | Quais são os Estilos de Liderança e os Sistemas de Gerência de uma Organização?                                       | R |  |  |
| 51 | Você conhece a equação de Palavras para memorização (Mnemônico) das 44 NHB?   | R |  |  |
| 52 | Você sabe quantas e quais são as NHB contempladas no Acolhimento?   | R |  |  |
| 53 | Você sabe quais são os seis/ sete eixos da OMS que guiam a Segurança do Paciente?                                     | R |  |  |
| 54 | Você sabe a diferença entre Ação Supervisora, Supervisão na Enfermagem, Auditoria, Consultoria e Controladoria?       | R |  |  |

|    |   |   |  |  |
|----|---|---|--|--|
| 55 | Você conhece a RDC 50 que trata de Recursos Físico-ambientais dos EAS?  | R |  |  |
| 56 | Você tem noções de O&M (Organização e Métodos de trabalho nas Organizações de Saúde? Conhece a estrutura de Pops, Protocolos, Normas e Rotinas, Regimentos, etc.? | I |  |  |
| 57 | Você sabe o significado de “uma prática baseada em evidências”? Indicadores Hospitalares (qualitativos e quantitativos), produção, produtividade?                 | I |  |  |
| 58 | Você conhece a Lei 7498/86 do Exercício Profissional e quais são as Competências de cada Profissional da Equipe de Enfermagem?                                    | I |  |  |
| 59 | Você conhece as 15 Diretrizes Curriculares basilares para a formação do Enfermeiro?   | N |  |  |
| 60 | Você sabe e está focado na busca das competências profissionais para ter sucesso no seu exercício profissional?   | N |  |  |

### **APÊNDICE A2- BAREMA para Padronização das Avaliações**

Nunca ouviu, viu ou fez [Pontuação = 0 (zero)]; Já ouviu, mas NÃO prestou ATENÇÃO (Pontuação = 1 ou 2); Já ouviu e PRESTOU ATENÇÃO (Pontuação = 3 ou 4); Já ouviu e viu, mas NÃO atentou para detalhes (Pontuação = 5 ou 6); Já viu e PRESTOU atenção (focado) e FALOU; TROCOU ou DISCUTIU alguns detalhes (Pontuação = 7 ou 8); Já viu e aplicou (exercitou) uma a duas vezes/ até ENSINA ou ESCREVE sobre o TEMA (Pontuação = 9 ou 10)

## APÊNDICE B1- Planilha de Cálculo do Índice de Desenvolvimento da Aprendizagem de Marinho (IDAM) - Individual

| A  | B  | C                            | D       | E        | F                         | G | H | I                       | J | K       | L       | M |
|----|--|------------------------------|---------|----------|---------------------------|---|---|-------------------------|---|---------|---------|---|
| 1  |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 2  | <b>CÁLCULO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM DE MARINHO ==&gt; IDAM</b>   |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 3  | (TOMANDO COMO BASE A AUTOAVALIAÇÃO)  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 4  |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 5  |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 6  |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 7  |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 8  |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 9  |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 10 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 11 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 12 | <p>QUESITOS/ REQUISITOS /ITENS==&gt; Defina ou conceite de acordo com os conhecimentos / informações adquiridas nos períodos anteriores</p> <p>Preencher com as NOTAS / GRAUS somente os CAMPOS das LINHAS / COLUNAS BRANCAS</p> |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 13 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 14 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 15 | Item   | REQUISITOS a SEREM AVALIADOS |         |          | Autoavaliação inicial (A) |   |   | Autoavaliação Final (B) |   |         | #VALOR! |   |
| 16 | 1  | Nota/Grau A                  | Grau Mx | (Mx-A) = | Nota/Grau B               |   |   |                         |   | (B-A) = |         |   |
| 17 | 2  | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 18 | 3  | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 19 | 4  | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 20 | 5  | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 21 | 6  | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 22 | 7  | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 23 | 8  | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 24 | 9  | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 25 | 10   | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 26 | 11   | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 27 | 12   | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 28 | 13   | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 29 | 14   | 0                            | 10      | 10       |                           |   |   |                         |   | #VALOR! |         |   |
| 30 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 31 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 32 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 33 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 34 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 35 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 36 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 37 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 38 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 39 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 40 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 41 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 42 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 43 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 44 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 45 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 46 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 47 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 48 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 49 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 50 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 51 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 52 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 53 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 54 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 55 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 56 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 57 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 58 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 59 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 60 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 61 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 62 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 63 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 64 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 65 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 66 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 67 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 68 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 69 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 70 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 71 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 72 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 73 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 74 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 75 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 76 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 77 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 78 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 79 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 80 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 81 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 82 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 83 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 84 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 85 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 86 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 87 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 88 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 89 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 90 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 91 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 92 | 77   |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 93 | 78   |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 94 | 79   |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 95 | 80   |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 96 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 97 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 98 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |
| 99 |  |                              |         |          |                           |   |   |                         |   |         |         |   |

**APÊNDICE B2- Planilha de Cálculo do Índice de Desenvolvimento da Aprendizagem de Marinho (IDAM) - Agrupada**

| IDAM   | 7,18  |        | 8,98   |        | 7,03  |        | 9,7   |        | 8,6   |        | 7,76  |        | 6,8   |        | 7,41  |        | 8,56   |        | 8,54  |        |
|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|
| Nomes: | aaaaa |        | bbbbbb |        | ccccc |        | ddddd |        | eeeee |        | fffff |        | ggggg |        | hhhhh |        | iiiiii |        | jjjjj |        |
| Ítem   | Antes | Depois | Antes  | Depois | Antes | Depois | Antes | Depois | Antes | Depois | Antes | Depois | Antes | Depois | Antes | Depois | Antes  | Depois | Antes | Depois |
| 1      | 2     | 8      | 5      | 5      | 4     | 8      | 1     | 7      | 3     | 8      | 3     | 8      | 2     | 6      | 5     | 7      | 5      | 8      | 6     | 7      |
| 2      | 4     | 8      | 2      | 8      | 3     | 8      | 3     | 7      | 5     | 8      | 2     | 8      | 6     | 8      | 6     | 7      | 1      | 4      | 7     | 9      |
| 3      | 4     | 8      | 5      | 5      | 3     | 8      | 2     | 9      | 3     | 8      | 6     | 8      | 4     | 7      | 4     | 6      | 1      | 4      | 7     | 9      |
| 4      | 2     | 6      | 0      | 1      | 3     | 8      | 0     | 7      | 4     | 8      | 6     | 7      | 0     | 0      | 4     | 7      | 1      | 4      | 2     | 7      |
| 5      | 8     | 9      | 8      | 10     | 1     | 9      | 6     | 10     | 0     | 9      | 0     | 10     | 5     | 9      | 0     | 9      | 0      | 7      | 8     | 10     |
| 6      | 0     | 8      | 4      | 8      | 1     | 8      | 3     | 8      | 0     | 7      | 2     | 6      | 0     | 8      | 0     | 9      | 0      | 7      | 7     | 8      |
| 7      | 4     | 8      | 3      | 7      | 2     | 7      | 2     | 7      | 0     | 8      | 2     | 8      | 3     | 8      | 4     | 8      | 1      | 4      | 4     | 7      |
| 8      | 8     | 10     | 2      | 5      | 1     | 7      | 2     | 7      | 5     | 7      | 0     | 9      | 3     | 7      | 4     | 10     | 0      | 0      | 5     | 9      |
| 9      | 0     | 8      | 2      | 5      | 1     | 7      | 2     | 8      | 0     |        | 0     | 6      | 0     | 6      | 0     | 9      | 0      | 0      | 0     | 8      |
| 10     | 2     | 6      | 2      | 4      | 1     | 7      | 5     | 7      | 6     | 7      | 3     | 7      | 4     | 7      | 4     | 8      | 1      | 3      | 5     | 7      |
| 11     | 0     | 2      | 2      | 2      | 1     | 7      | 6     | 7      | 6     | 9      | 2     | 8      | 3     | 7      | 0     | 6      | 0      | 1      | 8     | 8      |
| 12     | 2     | 8      | 4      | 7      | 1     | 8      | 7     | 8      | 0     | 7      | 6     | 8      | 2     | 6      | 4     | 8      | 0      | 3      | 2     | 5      |
| 13     | 8     | 10     | 2      | 5      | 1     | 8      | 7     | 9      | 2     | 5      | 5     | 8      | 0     | 2      | 7     | 8      | 1      | 5      | 2     | 5      |
| 14     | 2     | 8      | 3      | 7      | 1     | 9      | 2     | 7      | 3     | 6      | 0     | 10     | 3     | 7      | 0     | 7      | 2      | 5      | 5     | 8      |
| 15     | 2     | 8      | 3      | 7      | 1     | 9      | 4     | 7      | 4     | 5      | 0     | 7      | 0     | 6      | 0     | 7      | 0      | 2      | 0     | 8      |

|       |          |     |        |        |       |        |        |       |        |        |       |          |         |          |          |           |        |        |      |            |
|-------|----------|-----|--------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|----------|---------|----------|----------|-----------|--------|--------|------|------------|
| Somas | 94       | 364 | 128    | 261    | 133   | 370    | 120    | 353   | 73     | 313    | 109   | 353      | 61      | 284      | 92       | 372       | 21     | 146    | 147  | 327        |
|       | 5,744681 | 8   | 2,8298 | 7,2766 | 5,043 | 7,1702 | 4,9574 | 7,447 | 5,1064 | 8,4468 | 5,191 | 7,680851 | 4,74468 | 8,702128 | 5,957447 | 8,0425532 | 2,6596 | 9,5532 | 3,83 | 6,87234043 |
| IDAM  | 7,18     |     | 8,98   |        | 7,03  |        | 9,7    |       | 8,6    |        | 7,76  |          | 6,8     |          | 7,41     |           | 8,56   |        | 8,54 |            |

## APÊNDICE C – IDAM de cada Participante (aluno / participante)

|    | A | B | C   | D                         | E           | F | G | H | I | J |  |
|----|---|---|---|---------------------------|-------------|---|---|---|---|---|--|
| 1  |   |   |   |                           |             |   |   |   |   |   |  |
| 2  |   |   | <b>CÁLCULO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM de MARINHO (IDAM)</b> |                           |             |   |   |   |   |   |  |
| 3  |   |   |   |                           |             |   |   |   |   |   |  |
| 4  |   |   | <b>Nº</b>   | <b>RELAÇÃO DOS ALUNOS</b> | <b>IDAM</b> |   |   |   |   |   |  |
| 5  |   |   | 1   | aaaa                      | 7,832898    |   |   |   |   |   |  |
| 6  |   |   | 2   | bbbb                      | 5,98778     |   |   |   |   |   |  |
| 7  |   |   | 3   | cccc                      | 7,802875    |   |   |   |   |   |  |
| 8  |   |   | 4   | ddddd                     | 6,842105    |   |   |   |   |   |  |
| 9  |   |   | 5   | eeeeee                    | 7,942584    |   |   |   |   |   |  |
| 10 |   |   | 6   | ffffff                    | 9,745763    |   |   |   |   |   |  |
| 11 |   |   | 7   | gggggg                    | 5,541237    |   |   |   |   |   |  |
| 12 |   |   | 8   | hhhhhh                    | 9,064748    |   |   |   |   |   |  |
| 13 |   |   | 9   | iiiiiii                   | 5,289017    |   |   |   |   |   |  |
| 14 |   |   | 10  | jjjjjjj                   | 7,775468    |   |   |   |   |   |  |
| 15 |   |   | 11  | kkkkkkk                   | 7,965451    |   |   |   |   |   |  |
| 16 |   |   | 12  | lllllll                   | 6,327014    |   |   |   |   |   |  |
| 17 |   |   | 13  | mmmmmm                    | 5,426357    |   |   |   |   |   |  |
| 18 |   |   | 14  | nnnnnnn                   | 6,319846    |   |   |   |   |   |  |
| 19 |   |   | 15  | oooooooo                  | 5,768322    |   |   |   |   |   |  |
| 20 |   |   | 16  | ppppppp                   | 8,208955    |   |   |   |   |   |  |
| 21 |   |   | 17  | qqqqqqq                   | 6,102041    |   |   |   |   |   |  |
| 22 |   |   | 18  | rrrrrrrrr                 | 7,070064    |   |   |   |   |   |  |
| 23 |   |   | 19  | sssssss                   | 5,876791    |   |   |   |   |   |  |
| 24 |   |   | 20  | ttttttt                   | 7,571116    |   |   |   |   |   |  |
| 25 |   |   | 21  | uuuuuuu                   | 7,222222    |   |   |   |   |   |  |
| 26 |   |   | 22  | vvvvvvv                   | 6,301969    |   |   |   |   |   |  |
| 27 |   |   | 23  | xxxxxxxxx                 | 6,230599    |   |   |   |   |   |  |

| APURAÇÃO DO IDAM |    |
|------------------|----|
| Até 5,0          | 1  |
| Entre 5,01 e 6,0 | 8  |
| Entre 6,01 e 7   | 8  |
| Entre 7,01 e 8   | 11 |
| Entre 8,01 e 9   | 4  |
| Entre 9,01 e 10  | 4  |

## APÊNDICE D- Cálculo da Média Final = Avaliação do Desenvolvimento da Aprendizagem de Marinho (ADAM)

(Média da soma das notas das Provas Escritas somado ao IDAM)

| Item | Nome dos Participantes / Alunos | IDAM<br>(A) | Nota da Pv.<br>Escrita<br>(B) | ADAM<br>(A+B)/2 |
|------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------|
| 01   |                                 |             |                               |                 |
| 02   |                                 |             |                               |                 |
| 03   |                                 |             |                               |                 |
| 04   |                                 |             |                               |                 |
| 05   |                                 |             |                               |                 |

By Antonio Marinho / Ano: 2018

ANEXO II - CAMINHOS PARA ENTENDER E APLICAR DO IDAM

| PRODUÇÃO: |                 | I- IDAM   |
|-----------|-----------------|---|
| 1         | O que ?         | Índice de Desenvolvimento da Aprendizagem (IDA)   |
| 2         | Qual ?          | Índice de Marinho (IDAM)  |
| 3         | Para que ?      | Aferir a retenção de informações ou conhecimentos pelos participantes do Curso – Aula ou Palestra ministrada  |
| 4         | Quem fará ?     | O professor, o instrutor, o educador, o palestrante.  |
| 5         | Onde ?          | Nos cenários – nas salas de aula das Escolas, das Faculdades.   |
| 6         | Quando ?        | No primeiro e no último dia do curso, aula, da palestra.  |
| 7         | Como ?          | <p>1- Estruturar um instrumento com uma lista com os principais tópicos (requisites), aqueles que dão conta do alcance dos objetivos propostos para o curso, a palestra ou a aula.</p> <p>2- Elaborar um barema – decodificador numérico com seus significado para propiciar um entendimento numérico padrão na avaliação.</p> <p>a) Nunca ouviu, viu ou fez (pontuação = 0);</p> <p>b) Já ouviu, mas NÃO prestou ATENÇÃO (pontuação = 1 ou 2);</p> <p>c) Já ouviu e PRESTOU ATENÇÃO (pontuação = 3 ou 4);</p> <p>d) Já ouviu e viu, mas NÃO atentou para detalhes (pontuação = 5 ou 6);</p> <p>e) Já viu e PRESTOU atenção aos detalhes (focado) (pontuação = 7 ou 8);</p> <p>f) Já viu e já aplicou (exercitou) uma a duas vezes e até ensinar e escreve sobre o tema (pontuação = 9 ou 10).</p> <p>3- Testar a aplicação do instrumento com 6 (seis) voluntários, para minimizar as dúvidas.</p> <p>4- Aplicar o instrumento no primeiro momento da aula, solicitar aos participantes que façam uma auto-avaliação de acordo com os pontos da lista e o significado proposto no barema.</p> <p>5- Após o preenchimento dos instrumentos recolhê-los e guardá-los em um envelope lacrado.</p> <p>6- Após ministrar o curso (ultimo dia), palestra ou aula reapplicar o instrumento com os mesmos tópicos (requisites) e orientações do barema.</p> <p>7- Utilizar uma planilha de Excel para anotar os pontos (pesos/graus) das duas auto-avaliações - inicial e final.</p> <p>8- Após registrar os pontos de cada requisito da primeira e da segunda auto-avaliações aplicar a equação:<br/> <math>\rightarrow IDAM = [\Sigma(PA2 - PA1) / \Sigma (PmxR - PA1) ] \times 10</math></p> <p>Onde:</p> <p style="text-align: center;"><math>\Sigma</math> = Símbolo de somatório;</p> <p>PA1= Peso dado ao requisito na 1ª auto-avaliação (inicial);</p> <p>PA2= Peso dado ao requisito na 2ª auto-avaliação (final);</p> <p>PmxR = Peso Máximo possível para o requisito (10)</p> <p>9- O IDAM é representado pelo resultado da aplicação da equação.</p> |
| 8         | Quantas vezes?  | Uma única vez, com a aplicação de duas auto-avaliações.   |
| 9         | Quanto Custará? | O custo refere-se aos valores das cópias de dois instrumentos por participante do curso, da aula ou da palestra.  |



## O TEATRO COMO INSTRUMENTO SOCIOEDUCATIVO NA ESCOLA - EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

*Data de aceite: 19/12/2019*

### **Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas**

Professor Adjunto do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ (Coordenador do Projeto)

### **Lucas Lima de Carvalho**

Estudante de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ (Bolsista PROFAEX / PR-5-UFRJ)

### **Lucas Rodrigues Claro**

Estudante de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ

### **Amanda dos Santos Cabral**

Estudante de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ

### **Regina Izabella Mendes da Costa**

Estudante de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ

### **Marcela Pereira da Silva Mello**

Estudante de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ

### **Maria Cristina Dias da Silva**

Enfermeira do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ

### **Bruna Liane Passos Lucas**

Enfermeira Pós-Graduada do Centro Educacional Celso Lisboa - RJ

### **Antonio Eduardo Vieira dos Santos**

Tecnologista Sênior do Departamento de Ensino - Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ - RJ. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil - Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - RJ

### **Ravini dos Santos Fernandes Vieira dos Santos**

Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil - Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - RJ

### **Alexandre Oliveira Telles**

Professor Assistente da Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Alfenas - MG

### **Vera Lucia Rabello de Castro Halfoun**

Professora Titular do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ

### **Maria Kátia Gomes**

Professora Adjunto do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ

**RESUMO:** Relato de experiência que objetivou descrever as práticas educativas exitosas realizadas na modalidade teatral, a partir

de um projeto de extensão, vinculado à uma comunidade escolar do município do Rio de Janeiro. O público-alvo foram crianças em idade escolar – 6 a 12 anos. Na primeira etapa, tendo em vista que muitas vezes a prática das ações educativas ainda está alinhada ao paradigma depositário-bancário, refletiu-se sobre alguns conceitos estruturantes dessa atividade. À partir de tais conceitos, a experiência da equipe executora possibilitou tecer algumas considerações sobre aspectos sensíveis ao universo da educação em saúde no ambiente escolar. As experiências exitosas, apontaram principalmente três componentes, a saber: a escola, a comunidade escolar, bem como a equipe executora das atividades extensionistas. Conclui-se que, o teatro é um instrumento que potencializa a educação popular e pode ser utilizado em diferentes cenários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Escolar; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Pediátrica

## THE THEATER AS A SOCIO-EDUCATIONAL INSTRUMENT IN SCHOOL - EXCELLENT EXPERIENCES

**ABSTRACT:** Experience report that aimed to describe the successful educational practices performed in the theatrical modality, from an extension project, linked to a school community in the city of Rio de Janeiro. The target audience were school children - 6 to 12 years. In the first stage, considering that the practice of educational actions is often still aligned with the depositary-banking paradigm, it was reflected on some structuring concepts of this activity. From these concepts, the experience of the executing team made it possible to make some considerations about aspects sensitive to the universe of health education in the school environment. The successful experiences mainly pointed to three components, namely: the school, the school community, as well as the extension team. It is concluded that the theater is an instrument that enhances popular education and can be used in different backdrops.

**KEYWORDS:** School Health; Health Promotion; Primary Health Care; Pediatric Nursing

### 1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente artigo apresenta uma análise reflexiva e crítica das práticas de promoção da saúde no contexto da escola, com destaque nas Habilidades de Comunicação (HC), no uso de metodologias ativas e foco nas práticas teatrais, como instrumento mediador do processo educacional. A discussão apresentada neste capítulo resulta das atividades realizadas pela equipe do projeto de extensão “Teatro em Saúde”, em uma escola filantrópica de ensino fundamental e médio, vinculada à clínica da família da Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (CAP) 1.0.

O projeto, ainda em fase de desenvolvimento, visa promover cultura utilizando a educação popular em saúde como tecnologia do cuidar para promoção da

qualidade de vida. Apresenta como público-alvo crianças em idade escolar - 6 a 12 anos - matriculadas em escolas de Ensino Fundamental I no município do Rio de Janeiro. Tem como objetivos principais: 1) Desenvolver atividades de educação em saúde, na modalidade lúdico-teatral, com crianças em idade escolar; 2) Analisar os significados que o público-alvo atribui aos temas relacionadas à promoção da saúde.

Utilizou-se o teatro como ferramenta dialógica das ações educativas em saúde. Este foi o meio escolhido como estratégia pedagógica, pois consegue alcançar indivíduos, grupos, coletividades, integralmente de forma lúdica. Com isso, buscou-se a formação do vínculo com a comunidade escolar, otimizando a troca de saberes por meio das práticas de promoção da saúde.

Segundo o estudo de NAZIMA (2008), o teatro pode ser visto como um jogo dramático completo, pois consegue alcançar a criança em toda a sua globalidade, abrangendo a criatividade e o aprendizado por meio da descontração. Desta maneira consegue integrar o conhecimento científico com os saberes populares. A escola é um ambiente propício ao desenvolvimento das práticas de educação em saúde, uma vez que forma a concepção de cidadania dos escolares, promovendo seu contato com aprendizagens formais e informais. Possibilita a articulação entre os conteúdos e as práticas de promoção da saúde numa perspectiva do cuidado (LUCAS, 2013).

## 2 | OBJETIVO DESSE CAPÍTULO

- Descrever as experiências exitosas de ações educativas na modalidade teatral realizadas pela equipe executora do projeto de extensão vinculado à uma comunidade escolar do município do Rio de Janeiro.

## 3 | METODOLOGIA

Entende-se como metodologia segundo MINAYO (1996, p.22-23) o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade. Foram realizadas atividades educativas que visavam a promoção da saúde e prevenção de danos em crianças da faixa etária escolhida. Utilizou-se o teatro, como estratégia educacional, na modalidade musical.

A abordagem do projeto é predominantemente qualitativa, uma vez que segundo as afirmações de MINAYO (2004, p.10) as concepções qualitativas são:

"aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação,

como construções humanas significativas.”

As etapas de execução do projeto foram: apresentação dos objetivos e metodologia ao diretor e professores da escola e subsequente pactuação de papéis; reunião com as crianças e seus responsáveis, para obter as autorizações de participação nas atividades, e o assentimento por reconhecer o direito à autodeterminação dos escolares. A participação foi voluntária e sem vantagens financeiras. Para ilustração segue abaixo registro iconográfico de encontro com os escolares para dialogar sobre as atividades extensionistas que seriam desenvolvidas:



Figura 1: Registro iconográfico da roda de conversa com os escolares para discussão sobre as atividades extensionistas.

Em relação ao público-alvo interessava identificar as demandas educacionais em relação às temáticas de saúde assim e potencializar as práticas educativas com vistas a melhoria da qualidade de vida e prevenção de danos à população atendida. Nesta oportunidade, adotou-se o lúdico como estratégia pois segundo Sarmiento (2003) a ludicidade constitui um traço fundamental da cultura. Essa dinâmica aconteceu por meio de apresentações teatrais na modalidade de musicais, que apresentaram as seguintes temáticas: Bullying, violência doméstica e urbana, reciclagem e sustentabilidade ambiental, arboviroses, importância da higiene corporal, incluindo a higiene bucal, importância da alimentação saudável, prevenção de acidentes na infância, vacinação, entre outros temas emergentes.

Para os musicais pré-roteiros foram elaborados pela equipe executora e expostos à um grupo piloto de escolares a fim de adequar os roteiros à realidade e às necessidades do público-alvo. Com o intuito de fortalecer o protagonismo infantil, todas as peças dispunham duas alternativas para seu desfecho. No decorrer das dramatizações foi selecionado, por meio de votação, o final preferido da plateia.

### 3.1. Localidade atendida

O cenário de atuação do projeto foi uma escola filantrópica de ensino fundamental e médio do Município do Rio de Janeiro. A escola localiza-se na Praça Onze, estando circunscrita na 1ª Coordenadoria Regional de Educação (CRE). Como é uma escola filantrópica, possui um corpo discente heterogêneo, do ponto de vista socioeconômico-cultural. Participaram das atividades um total de 109 escolares.

### 3.2. Abordagem sócio-educativa

O projeto adotou a educação popular em saúde como ferramenta para consecução da proposta de trabalho, na medida em que essa modalidade de intervenção pode propiciar as condições elementares para o exercício da cidadania do escolar. A educação popular, foi o ponto de partida para a compreensão da realidade da comunidade e os escolares se tornaram agentes multiplicadores dos saberes compartilhados. Empregou-se metodologias ativas para favorecer a educação em saúde incentivando a participação social, mediante a promoção e fortalecimento da cidadania dessas crianças, numa perspectiva que compreendeu as dimensões crítica e ativa desse processo.

## 4 | ALGUNS CONCEITOS QUE PERMEIAM A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CENÁRIO DA ESCOLA

Tendo em vista que muitos profissionais de saúde ainda têm dificuldades de implementar ações educativas na escola, desatreladas do paradigma depositário-bancário, convém refletir sobre alguns conceitos estruturantes para a temática.

Segundo STOTZ (1993, p.2) “A Educação Popular e Saúde é um campo de teoria e prática que, enraizada em matrizes diferentes - humanista, cristã e socialista -, encontra seu denominador comum no pensamento de Paulo Freire”.

Como dito por RICARDO e STOTZ (2012), a educação popular em saúde é uma ferramenta capaz de alcançar aspectos socioculturais do escolar, a fim de adquirir e transmitir conhecimento utilizando de uma metodologia humana, espiritual e social. Para que isso ocorra é necessário a utilização de métodos lúdicos aplicados à realidade do público-alvo. Todavia para a aplicação de tais métodos, necessita-se de um espaço disponível e favorável à esta estratégia. Assim a escola é o espaço privilegiado para aplicação das atividades de educação em saúde, já que é um ambiente singular de relações, onde se desenvolve pensamentos críticos e políticos, tendo como metas construir valores pessoais, ideais, concepções e maneiras diferentes de conhecer o mundo. Assim, cria um ambiente propício para a promoção da saúde e o autocuidado (LUCAS, 2013).

A Escola Promotora de Saúde, segundo a Organização Panamericana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), consiste em uma escola que constantemente fortalece sua capacidade como um espaço saudável para viver e aprender. É cada vez mais evidente a aplicação desse conceito, já que considera a utilização de dimensões diversificadas que implicam em transformação significativa dos padrões de qualidade do ensino nas escolas. Por conseguinte, a verificação da aplicabilidade desse conceito não deve ser feita tendo como base a concepção e as ferramentas de avaliação do âmbito biomédico, pois tradicionalmente privilegiam aspectos concernentes às pesquisas epidemiológicas ou métodos que usam o modelo cognitivo-comportamental (VALADÃO, 2004).

A partir desses conceitos verifica-se a importância de um profissional qualificado para compartilhar com a comunidade a implementação de práticas de promoção da saúde em ambiente escolar. Considera-se que o enfermeiro pediátrico como profissional qualificado para realizar atividades de educação em saúde nas escolas. Isto porque a formação profissional do enfermeiro propicia a aquisição de habilidades e competências que o capacitam para atuar como promotor do processo de educação em saúde centrado no autocuidado.

## **5 | PANORAMA DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA**

Com base nos conceitos ligados à promoção da saúde no espaço da escola, apresentados anteriormente, a experiência da equipe executora do projeto possibilitou tecer algumas considerações sobre o panorama das práticas de educação em saúde na escola atendida pelo projeto.

Segundo ALVES (2011) as ações educativas não são prioridade pela equipe multiprofissional da saúde e, quando executadas, tem caráter domesticador e centrado na transmissão verticalizada de normas de conduta. Desse modo, as práticas educativas em saúde tornam-se centradas na figura do profissional, uma vez que não ocorre a adaptação das ações à realidade do público-alvo. Essa centralização faz com que ocorra uma supervalorização do saber do profissional em detrimento do saber popular.

ALVES (2011) ainda aponta que a maioria das ações educativas é realizada na modalidade de “palestra depositário-bancária” que tem como objetivos a modificação de comportamentos inadequados, na visão biomédica de saúde, centrada na doença. Tais atividades, quando abordam algum aspecto pedagógico, tem como enfoque a transmissão de conhecimentos pontuais. Além disso, tais práticas promovem um discurso de culpabilização do indivíduo sobre o possível desenvolvimento de algum agravo à saúde.

Pontanto, pode-se ponderar que essas práticas de educação em saúde



apresentam uma visão “adultista” e de transmissão vertical, que em sua maioria não despertam o interesse dos escolares, fazendo com que a atividade não atinja seus objetivos educacionais, além de promover, indiretamente, o apagamento do sujeito. Essa concepção sobre as práticas de promoção da saúde tem influência do processo de industrialização do país. Segundo MATOS e PIRES (2006) a organização do trabalho e o gerenciamento no setor saúde sofre, até hoje, forte influência do modelo taylorista / fordista, da administração clássica e do modelo burocrático. Esse modelo de fragmentação do trabalho, promove o movimento de especialização das áreas da saúde, ocasionando assim uma fragmentação do conhecimento. Tal divisão influencia de modo negativo as ações educativas em saúde, uma vez que, o desmembramento do conhecimento, faz com que o profissional de saúde não se preocupe em abordar às necessidades do escolar como um ser humano integral, com questões biológicas, psicológicas, sociais e culturais.

O predomínio do modelo de produção fordista também promove a centralização das práticas nos serviços de saúde, fortalecendo o modelo higienista. Graças a isso, ocorre a dissociação das responsabilidades da equipe de saúde, bem como dos usuários. Desta forma a preocupação se desloca para o cumprimento de tarefas, na qual a avaliação do profissional não se dá pela qualidade e sim pelo número de atividades realizadas (KURCGANT, 1991). Com essa visão técnico-centrada, o profissional tende a reproduzir o paradigma hegemônico nas práticas de educação em saúde, geralmente comprometendo a integralidade, o protagonismo e não valorizando o contexto de vida e as percepções dos escolares sobre autocuidado. Considerando os apontamentos anteriormente apresentados, pode-se inferir, que o modelo implementado nas atividades de educação em saúde predominante em grande parte nas escolas do município do Rio de Janeiro, não atende às necessidades e problemas de saúde dessa parcela da população.

## **6 | EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS REALIZADAS EM ESCOLAS DE ENSINO FUNDAMENTAL NA MODALIDADE LÚDICO-TEATRAL**

O horizonte tecnicista do modelo hegemônico que predomina nas práticas de educação em saúde na escola envolvida nesta atividade de extensão, produziu inquietações na equipe executora do projeto que resultaram na decisão de desenvolver uma abordagem que potencializasse/fomentasse o protagonismo infantil. Isto incluiu a eleição de temáticas em saúde significativas para a criança em idade escolar que guardassem relação com o seu cotidiano e sua vida assim como, com o projeto pedagógico da escola.

As experiências exitosas do projeto, abrangem principalmente três componentes: a escola, a comunidade escolar, bem como a equipe executora das

atividades extensionistas.

Para a escola, registra-se a contribuição do projeto na ampliação de estratégias que visam a incorporação da temática em saúde como eixo transversal do currículo à luz das Diretrizes e Bases da Educação Brasileira. De fato, os professores das escolas participaram ativamente do processo por meio da mobilização das crianças e participaram como autênticos apoiadores.

Para a equipe executora as experiências contribuíram sobretudo na formação acadêmica e profissional dos graduandos, o que possibilitou, dentre outros aspectos, avanços das seguintes competências: 1) desenvolvimento de habilidades de comunicação para aproximação com a cultura e os modos de vida da comunidade escolar; e, 2) aprofundamento de conhecimentos relativos à diversos assuntos que perpassam as práticas de promoção da saúde na escola, tais como: políticas públicas direcionadas ao empoderamento da população brasileira, paradigmas de assistência à saúde, conceitos, métodos e técnicas tradicionais e inovadoras no campo da educação popular em saúde. Isto possibilitou aos discentes, de certa forma, a desconstrução de modelos previamente cristalizados. Com isso, foi possível para a equipe refletir sobre estratégias e instrumentos que possam favorecer a implementação de uma abordagem centrada no escolar, sua família e comunidade, com enfoque das práticas em saúde à luz da valorização da competência cultural no território.

Este capítulo descreve em profundidade as contribuições do projeto para as crianças. O teatro serviu como ferramenta potencializadora do processo de educação em saúde, o que viabilizou uma interação dialógica e abrangente, na qual a linguagem foi considerada num sentido mais amplo, inclusive a linguagem corporal. Para ilustrar seguem abaixo registros de ações educativas:

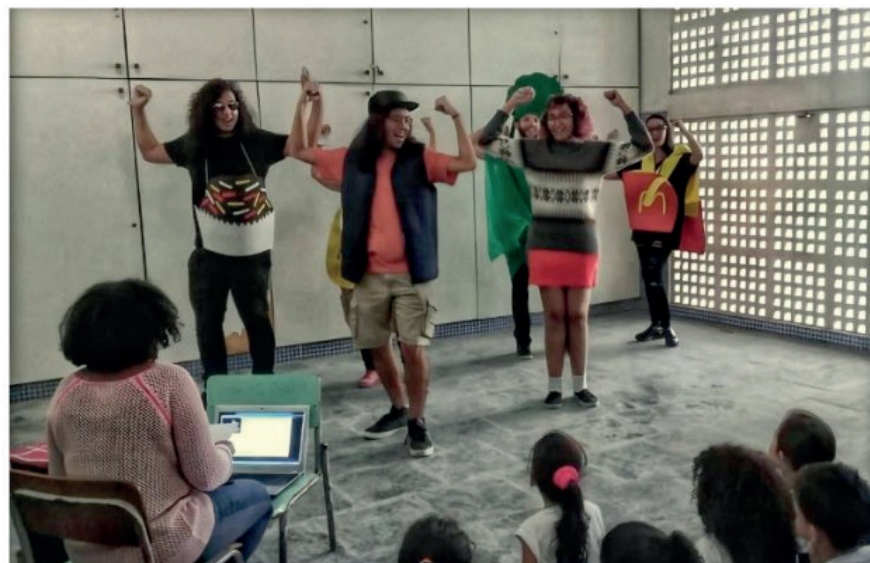


Figura 2: Registro iconográfico de apresentação com temática “Importância da Alimentação Saudável e Exercícios Físicos”.



Figura 3: Registro iconográfico de apresentação com temática “Meio Ambiente, Sustentabilidade e Arboviroses”.



Figura 4: Registro iconográfico de apresentação com temática “Bullying e Violência”.

Ressalta-se como eixos norteadores das práticas educativas o contexto, os modos de viver e sentir das crianças. A partir dessa realidade, construiu-se a interação dialógica, e o compartilhamento de experiências e significados com os escolares.

As dramatizações foram estruturadas a partir das temáticas, dos elementos conhecidos e das vivências prévias que despertassem o interesse do público-alvo:

personagens do cotidiano das crianças e músicas conhecidas por elas. Para ilustrar segue trecho parodiado da música “Baile de Favela” interpretada pelo cantor Mc João, utilizada no musical sobre meio ambiente: *“Reduzir é a regra dos 3 erres/ E recicla é a Regra dos 3 erres/ E reutiliza é a regra dos 3 erres/ pra fazer o mundo mais belo é pra isso que ela serve/ Se é metal, joga no amarelo/ Se for vidro, joga no verdinho/ Plástico vermelho, assim eu espero/ E o papel no azul porque é esse que é o certo.”*

Esse ambiente lúdico e descontraído permitiu que a equipe interagisse, com as crianças de uma forma horizontal, por meio das músicas parodiadas, o que se mostrou muito produtivo uma vez que criou uma conexão ímpar com todos os envolvidos na atividade. Os escolares participantes das atividades no primeiro semestre constituíram o grupo piloto para o aprimoramento dos pré-roteiros referente à realidade e necessidades dos escolares inseridos no projeto nos meses seguintes. Ressalta-se que as crianças participaram ativamente da construção dos pré-roteiros, uma vez que, selecionaram as personagens das dramatizações, escolheram o final que mais gostaram dentre os dois finais alternativos dos musicais e, puderam opinar livremente durante a execução das peças guiando assim o processo de contar as histórias e de compartilhamento horizontal do conhecimento em saúde.

No decurso das apresentações, confirmou-se que a utilização de músicas e personagens conhecidos favoreceram a maior captação da atenção dos escolares, na medida que, facilitaram a inserção e participação ativa do público na história contada. Isto promoveu uma troca efetiva de conhecimentos entre a equipe e as crianças. Pode-se inferir que a estratégia principal de estimular o protagonismo infantil, foi essencial para despertar o interesse dos escolares pela atividade e motivá-los como sujeitos do autocuidado. Tal protagonismo possibilitou aos discentes compreender a criança como um ser em processo de construção de sua consciência crítica e, notadamente, na condição de figura central das práticas de promoção da saúde. Nessa vivência o profissional assumiu a posição de mediador do processo educativo. Além disso, foi possível à para a equipe conhecer, de maneira empírica, o conhecimento prévio que os escolares tinham sobre as temáticas apresentadas, bem como as noções sobre autocuidado.

O instrumento lúdico-teatral também possibilita aos participantes a ampliação sobre a concepção de saúde, a partir da implementação de práticas educativas numa perspectiva sociocultural; e levando em consideração os determinantes e condicionantes da saúde. Fomenta também a valorização das ferramentas de integralidade e humanização da saúde, incluindo as perspectivas psicossociais do escolar. Salienta-se que um semestre após o encerramento das atividades, as crianças reconheceram os alunos do projeto e fizeram link como as personagens das peças teatrais, o que nos faz refletir sobre a possibilidade de criação de vínculo.



Vale frizar que o presente projeto de extensão contribui para o fortalecimento do ensino da enfermagem pediátrica, tendo em vista sua interface com a multiprofissionalidade, mediante a interação com as professoras das escolas, interdisciplinaridade e ao promover encontros da equipe executora com as crianças, o que implica em interação do estudante de graduação de enfermagem com a comunidade escolar e vice-versa. Ademais, o êxito do projeto remete à articulação entre as práticas de promoção da saúde e o contexto de vida das crianças. Desta forma, tal abordagem favoreceu à expressão da capacidade de reflexão e crítica das crianças sobre a sua realidade com especial interesse, mobilização e criatividade.

## 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz das experiências do projeto de extensão, conclui-se que o teatro é um instrumento potente para a prática da educação popular, da sua versatilidade e riqueza possibilidades derivam o potencial de criação e reafirmação da vida em cada ato realizado. A equipe do projeto vislumbra estender essa experiência para outras faixas etárias e cenários - adolescentes, adultos jovens, idosos e usuários das clínicas da família. No âmbito do território a ferramenta teatral viabilizou o trabalho-comunitário em saúde o que proporcionou ao estudante de graduação a aproximação com a cultura da população local.

O emprego de metodologias ativas favoreceu a construção de vínculos com os usuários, desta maneira a equipe do projeto conseguiu além de aproximar-se do público-alvo, aprender com os escolares, reforçando a ideia de que o processo educativo pode ser comparado à uma via de mão dupla, na qual a ação de ensinar está atrelada ao processo de apreensão da realidade vividas. Como resultado dessa experiência, observou-se que o profissional de saúde e acadêmico tem uma tendência a adotar uma postura mais rígida e pragmática relacionada às práticas de promoção da saúde. É mister destacar o necessário rompimento com o paradigma tradicional para possibilitar a potencialização do processo de educação popular em saúde numa perspectiva que englobe a participação ativa dos usuários nesse processo.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, Jan. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=pt&tlng=pt)>. Documento eletrônico acessado em 23/10/19.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDB). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)> Documento eletrônico acessado em 16/10/2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 304 p. – (Série Promoção da Saúde; n. 6).

KURCGANT, P. Administração em enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1991.

LUCAS, Eduardo Alexander Júlio César Fonseca. Os significados das práticas de promoção da saúde na infância: um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07052013-163232/>>. Acesso em: 2019-10-08.

MATOS, Eliane, et al. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto & Contexto-Enfermagem, 2006.

MINAYO, M. C. de S.. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

NAZIMA TJ, Codo CRB, Paes IADC, Bassinello GAH. Orientação em saúde por meio do teatro: relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008 mar; 29(1):147-5.

RICARDO LM, Stotz EN. Educação popular como método de análise: relações entre medicina popular e a situação-limite vivenciada por trabalhadores do movimento dos trabalhadores rurais sem-terra. Rev APS. 2012; 15: 435-42.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2004. doi:10.11606/T.6.2004.tde-12022007-152151. Acesso em: 2019-10-12.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V; STOTZ, E. N. (Org.). *Participação popular, educação e saúde*: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22.



## VIVER SOZINHO NA TERCEIRA IDADE: SINÔNIMO DE INDEPENDÊNCIA?

Data de aceite: 19/12/2019

Data de submissão: 01/11 /2019.

### **Magda Ribeiro de Castro**

Enfermeira. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo  
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/6810603722774269>

### **Ruana Ribeiro Rodrigues**

Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo  
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/7624472256018284>

### **Giselle Kirmse Rodrigues**

Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo  
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/0781350627409624>

### **Carolina Falcão Ximenes**

Enfermeira. Profa. do curso de enfermagem da Faveni - Faculdade Venda Nova do Imigrante e doutoranda no Departamento de Ciências Fisiológicas da Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/3613329548109549>

### **Ana Paula Santos Castro**

Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/3438422305649898>

### **Gabriela Brandt Will**

Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/7087420722987447>

### **Gustavo Costa**

Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Ciências Fisiológicas  
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/1565084255418826>

### **Maria Lucia Costa de Moura**

Universidade Santa Úrsula  
Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/9567448441307792>

### **Solange Aparecida Mauro Fioresi**

Enfermeira. Profa e coordenadora do curso de enfermagem da Faveni - Faculdade de Venda Nova do Imigrante

Venda Nova do Imigrante - ES

<http://lattes.cnpq.br/3911903284456434>

### **Isabel de Souza Netto Daroz**

Farmacêutica Bioquímica. Mestre em Morfologia UERJ. Faculdade Católica Salesiano

Vitoria - ES

<http://lattes.cnpq.br/3091264536773620>

### **Hildebrando Souza Santos**

Educador Físico. Especialista em Saúde do Idoso - UERJ e Saúde Primária - Salesiano. Unidade de Saúde da Família da Praia do Suá-USFPS/SEMUS/PMV.

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/1366060126481435>

**RESUMO: Introdução:** No Brasil, evidencia-se o processo de envelhecimento contínuo da estrutura etária e o aumento da expectativa de vida, levando muitos idosos a viverem em domicílios unipessoais. **Objetivos:** identificar os motivos que levaram os idosos da região estudada a viverem sozinhos e conhecer a percepção desses idosos acerca da sua independência. **Metodologia:** estudo qualitativo, realizado com idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família, em Vitória, Espírito Santo, desenvolvido em duas etapas, com aplicação do Mini Exame do Estado Mental e entrevista semiestruturada. A análise de dados se deu por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** entre os motivos que contribuíram para os idosos estudados decidirem residir em domicílios unipessoais, destacam-se perda de entes queridos; separação conjugal e o desejo de não ser um peso para a família. Sobre a percepção de sua independência, os idosos mencionaram aspectos da independência moral, financeira e funcional. Alguns idosos se consideram independentes e outros não se consideram totalmente independentes, pois em determinados momentos necessitam da ajuda de terceiros. **Conclusão:** este estudo permitiu compreender que residir sozinho não é sinônimo de independência plena e que estes idosos necessitam de especial atenção por parte dos profissionais da Atenção Básica em seu território domiciliar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Domicílio Unipessoal; Enfermagem; Independência.

#### LIVING ALONE IN OLD AGE: SYNONYM OF INDEPENDENCE?

**ABSTRACT: Introduction:** In Brazil, there is evidence of the continuous aging process of the age structure and the increase in life expectancy, leading many elderly people to live in single-person households. **Objectives:** To identify the reasons that led the elderly of the studied region to live alone and to know the perception of these elderly about their independence. **Methodology:** qualitative study, conducted with elderly registered in a Family Health Unit, in Vitória, Espírito Santo, developed in two stages, with the application of the Mini Mental State Examination and semi-structured interview. Data analysis was performed through content analysis. **Results:** among the reasons that contributed to the elderly studied deciding to live in single-person households, the loss of loved ones stands out; marital separation and the desire not to be a burden on the family. Regarding the perception of their independence, the elderly mentioned aspects of moral, financial and functional independence. Some older people consider themselves independent and others do not consider themselves totally independent, because at certain times they need the help of others. **Conclusion:** this study allowed us to understand that living alone is not synonymous with full independence and that these elderly people need special attention from Primary Care professionals in their home territory.

**KEYWORDS:** Elderly; Unipersonal Domicile; Nursing; Independence.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo fisiológico normal e irreversível que faz parte

do ciclo evolutivo do ser humano, e, nos últimos anos esta taxa vem apresentando um aumento mundialmente significativo. Uma em cada nove pessoas no mundo tem sessenta anos de idade ou mais, e, a esperança de vida passou de 47 anos, em 1950-1965, para 65 anos, em 2000-2005, devendo atingir 75 anos em 2045-2050 (ROTILLI, 2017). A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que existam 670 milhões de homens e mulheres com mais de 60 anos no mundo. Em 2050, eles serão 1,97 bilhão, um crescimento de cerca de 200% (SANTOS, 2010). O Brasil tem apresentado um aumento do número de idosos, considerados neste estudo como a pessoa maior de sessenta anos de idade, em consonância com a Política Nacional do Idoso.

Sob o ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional é o resultado da manutenção por um período de tempo razoavelmente longo de taxas de crescimento da população idosa superiores às da população mais jovem. De acordo com as projeções da OMS, no período de 1950 a 2025 (FREITAS, 2013) o número de idosos deverá aumentar em quinze vezes enquanto a população total aumentará cinco vezes.

Tendo em vista a transição demográfica brasileira, consequência do aumento da longevidade aliado ao declínio da mortalidade em adultos e queda da fecundidade, torna-se evidente o crescente quantitativo de idosos no Brasil (MONIER, 2016).

Com esse crescimento associado às mudanças nas conjunturas familiares, sociais e econômicas, percebe-se uma tendência no Brasil, da ampliação do número de idosos em domicílios unipessoais. Pesquisa recente revelou que 13% da população de idosos vive em residências unipessoais (PERSEGUINO, 2017). Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, destacou que 14,34% dos idosos no Brasil moram sozinhos<sup>(6)</sup>. Além disso, considerando o total de domicílios unipessoais, nota-se que em 2006, 40,3% destes eram formados por idosos, percentual que em 2011 subiu para 42,3% (BRASIL, 2012a).

Estudo revela que os motivos que tem levado idosos brasileiros a morarem só são variados, envolvendo: morte do cônjuge ou de um familiar, separação conjugal, busca pela independência e falta de recursos para sustentar uma família (RAMOS, 2014).

Sabe-se que a constituição de domicílio unipessoal é influenciada pela autonomia e condição geral de saúde do idoso (TESTON, 2014) e a relação entre o idoso e sua moradia representa a expressão de sua identidade, com suas marcas significativas e pessoais, para a construção de seu meio de proteção e de bem-estar, um espaço próprio sob seu domínio e controle (SANTOS, 2010).

O abandono e/ou descaso da família, a diminuição do número de filhos, o aumento dos divórcios, a melhoria da qualidade de vida e a preferência por morar sozinho como uma forma de adquirir independência, contribuem para esse tipo de

arranjo domiciliar (TESTON, 2014).

Ressalta-se que independência pode ser compreendida como a habilidade para executar algo com os próprios meios, proporcionando ao indivíduo o cuidado de si e de sua vida (MORAES, 2012). Assim, acredita-se que o conceito de independência abrange diferentes âmbitos, como moral, financeiro e funcional, que, em conjunto, podem caracterizar o indivíduo como independente. Acredita-se que a capacidade funcional esteja diretamente relacionada à independência, sendo mensurada a partir de indicadores de saúde e avaliação da qualidade de vida (PINTO, 2016).

Considera-se neste estudo, independência funcional como a capacidade de realizar atividades que possibilitem o autocuidado e o viver de forma independente (PINTO, 2016). A independência financeira é compreendida como a maior autonomia dos idosos (CINTRA, 2017) estando a autonomia relacionada a independência moral uma vez que se refere à capacidade de decisão e auto gestão associada à liberdade individual, privacidade, livre escolha, permitindo o comando sobre suas ações e suas regras (MOURA, 2015).

Diante do exposto, esse estudo objetiva identificar os motivos que levaram os idosos da região estudada a viverem sozinhos e conhecer a percepção desses acerca da sua independência.

## MÉTODO

Estudo exploratório com abordagem qualitativa, uma vez que, abrange o universo dos motivos e aspirações, permitindo conhecer um fenômeno que é significativo em sua singularidade (MINAYO, 2013).

A pesquisa foi realizada na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em Maruípe, município de Vitória, Espírito Santo (ES), com idosos adscritos neste território. Elegeu-se esta USF de Maruípe por estar na região de atuação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e ser um campo de estágio na Atenção Básica para os acadêmicos do Centro de Ciências da Saúde.

Vitória conta com vinte e nove Unidades de Saúde da Família e a de Maruípe possui 9.561 habitantes, sendo que 17,88% correspondem aos indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos, na ocasião da coleta de dados.

As equipes de Saúde da Família foram esclarecidas sobre o estudo. Os domicílios foram localizados a partir do registro nos prontuários das famílias cadastradas, as quais possuíam idosos que se enquadravam nos critérios de inclusão: idade igual ou maior a sessenta anos, cadastrados e com residência fixa na área acima descrita e com resultado satisfatório no Mini Exame do Estado Mental.

Foram excluídos do estudo idosos que não estiveram em casa no dia da

entrevista e os que não apresentaram escore satisfatório após a realização do Mini Exame do Estado Mental.

Vale ressaltar que além da busca nos prontuários, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e enfermeiras em suas respectivas áreas de atuação, identificaram idosos que atendiam aos critérios de inclusão no estudo, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento deste.

Após a identificação dos participantes em potencial, deu-se início à coleta de dados, que foi desenvolvida em duas visitas ao domicílio do idoso. A primeira ocorreu conforme a disponibilidade das ACS para acompanhar as autoras do estudo bem como a disponibilidade dos idosos, pois nesta ocasião, apresentou-se o estudo ao idoso, com esclarecimentos necessários e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos idosos que aceitaram participar voluntariamente deste.

A segunda visita, agendada previamente entre os idosos e as autoras, se desenvolveu seguindo o protocolo estabelecido: aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), na versão apresentada por Folstein em 1975 (FOLSTEN, 1975) a fim de avaliar a função cognitiva do idoso, seguida da entrevista semi-estruturada. O MEEM foi escolhido por abranger domínios como orientação espacial e temporal, memória imediata e de evocação, atenção e cálculo, linguagem e capacidade construtiva visual. Esse instrumento foi utilizado como um critério de inclusão tal como ocorreu na pesquisa de Camargos (CAMARGOS, 2009).

Desse modo, apenas os idosos sem déficit cognitivo que compromettesse a qualidade das respostas, participaram da entrevista, dando sequência à coleta de dados, respondendo, inicialmente sobre aspectos sociodemográficos e posteriormente as questões que versavam sobre residir sozinho e ser independente.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos idosos e posteriormente transcritas e a análise dos dados baseou-se na análise de conteúdo (BARDIN, 2011), sendo os resultados tratados, codificados e, em seguida, categorizados.

Uma vez que a pesquisa envolveu seres humanos, foi assegurado aos participantes os referenciais básicos da bioética, garantindo esclarecimentos antes e durante o estudo bem como a liberdade de recusa sem penalização e prejuízos, conforme preconiza a ética na pesquisa (BRASIL, 2012b). Foi garantido o sigilo e anonimato dos idosos, adotando a letra "I" seguida da ordem de realização da entrevista. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFES recebendo o número 543.786.

## RESULTADOS

Participaram do estudo nove idosos que responderam acerca de alguns

aspectos sociodemográficos possibilitando traçar uma caracterização dos mesmos.

Os idosos apresentaram idade entre 60 a 92 anos; com predomínio do sexo feminino (88,9%); viúvos(55,6%); alfabetizados (88,9%), porém a maioria tem entre 1 e 4 anos de estudo (44,4%). Todos sobrevivem com fonte de renda advinda de aposentadorias e pensões (100%).

No que diz respeito ao tempo em que residem em domicílio unipessoal, houve variação de 2 meses a 38 anos, estando uma maior concentração no período menor de 10 anos (44,5%) se comparado entre os períodos de 10-20 anos (33,3%) e acima de 20 anos residindo sozinho (22,2%).

## IDENTIFICANDO OS MOTIVOS PARA MORAR SOZINHO: A PERDA E O PESO

A partir dos relatos dos participantes observou-se, de forma mais expressiva, que morar sozinho pode ser uma alternativa para idosos que perderam seus entes queridos ou passaram pelo processo de separação conjugal, ou ainda decidiram residir em domicílios unipessoais pelo receio de se tornarem “um peso” na família, evitando aborrecimentos entre familiares, conforme enunciado a seguir:

Eu moro sozinha depois que meu marido morreu, só tinha um filho solteiro, mas depois casou. Aí prefiro morar aqui porque eu acho que eu tenho assim, muitas amigas né, e eu gosto de ficar mais a vontade[...] (I9)

Porque meu marido morreu e eu não quis morar com meus filhos que moram aqui embaixo. (I2)

[...] eu era separado da “véia”, agora tem uns 10 anos que moro sozinho aqui [...] Assim a gente evita aborrecimento, um filho fala daqui, outro fala dali, eu fui pai de 18 filhos, morreu 6 e ficou 12 [...]Então eu fico assim, melhor sozinho [...] (I1)

Na verdade eu acho que ninguém gosta de morar com velhos, entendeu? Eu tenho três filhos, minha casa é enorme, e eles poderiam morar comigo, mas eles gostam de ter a liberdade[...] eu não cobro deles[...] Então eu que faço de tudo, para não ser um peso. (I7)

## O IDOSO QUE RESIDE SOZINHO E SUA INDEPENDÊNCIA: MÚLTIPLAS PERCEPÇÕES

Os idosos foram indagados sobre sua independência e esta compreensão variou conforme a percepção de cada indivíduo segundo suas limitações ou potencialidades. Contudo, evidenciou-se que as múltiplas esferas da independência (funcional, moral e financeira) abordadas neste estudo estiveram presentes, mesmo que de modo tênue, na percepção dos idosos estudados.

No que tange a auto-percepção referida para a independência, observou-se



que alguns idosos se consideram independentes, relatando orgulhosamente essa conquista.

Lógico que eu sou independente, sempre fui independente. (I6)

Minha filha, é uma coisa que eu conquistei que eu não abro mão, sabe? [...] é uma conquista de 50 anos [...] (I7)

No entanto, alguns idosos revelaram que não se consideram independentes, seja por admitir que em algum momento necessitará do auxílio de outras pessoas, ou por já ter precisado de alguém em determinada situação.

Não. Dependo de muita gente né, porque às vezes a gente adoece né, mas até hoje nunca dependi de ninguém (I1)

Eu não, por exemplo, nesse caso aqui, [apontando para o papel] eu preciso de uma pessoa para ler para mim[...] (I8)

Constatou também que alguns idosos apresentaram argumentos conflitantes quanto a percepção de sua independência, conforme a seguir:

Sim, mesmo que hoje eu não consiga fazer tudo que eu tenha vontade (I4)

Em partes né. Sou completamente dependente, minha filha. Porque eu não faço mais nada, tudo eu dependo deles. Para ir ao médico dependo deles, [...] ir ao banco, fazer compras [...] (I5)

Os participantes desse estudo mencionaram sobre a liberdade para fazer o que tem vontade coadunando com o entendimento da independência no âmbito moral, ainda que em certos momentos exista a dependência em outros contextos.

Considero. Ninguém interfere na minha vida não [...] Eu consigo andar de ônibus, mas é assim, se eu conhecer bem o ônibus, porque a placa de alguns, aquela vermelha 'chapiscadinha', me atrapalha muito, então eu tenho que pedir uma pessoa pra ver se é aquele que eu vou pegar, entende? (I8)

Sim. Eu só não me considero livre em uma coisa, eu não tenho um carro, quando tem que ir ao médico [...] (I3)

Me sinto impedida não, mas tenho que dar obediência né, falar onde vai, tem lugar que não devo ir hoje por causa da minha idade né. [...] (I9)

A independência financeira foi igualmente abordada durante a entrevista, observando que alguns idosos possuem receita suficiente para viver dentro de cada realidade.

Eu gosto de não dever ninguém, não prejudicar a vida de ninguém [...]Pro meu

gasto dá. Compro remédio, faço armazém, pago luz, água, telefone, TV a cabo (I3)

Dá sim, a gente tinha umas casas para alugar, aí agora fica para mim o dinheiro (I2)

Dá porque eu tenho a vida muito simples né [...]Não dependo do dinheiro de ninguém (I5)

No entanto, alguns idosos revelaram que sua receita não é o suficiente para manter o padrão de vida, mostrando-se insatisfeitos.

Não dá muito para viver bem não, mas a gente vai levando né (I1)

Não, porque eu sou funcionária pública aposentada, e eu devia, pelo tempo que eu trabalhei, e pelo grau de estudo que eu tenho, eu deveria ganhar pelo menos 4x mais do que ganho (I6)

Observou-se que em alguns momentos, as falas dos idosos sobre a percepção de sua independência envolve os aspectos funcional, moral e financeiro, que por vezes, aparecem interligados, como no relato abaixo.

É não precisar de ninguém, nem financeiramente, nem ficar pedindo opinião, ter discernimento das coisas (I6)

## DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional é uma tendência global e um desafio às políticas de saúde pública e aos setores políticos, econômicos e sociais. No Brasil, assim como em outros lugares do mundo, vê-se também um aumento no número de residências de idosos unipessoais, ou seja, ocupadas por apenas um indivíduo (BRASIL, 2013).

Dados do IBGE<sup>(20)</sup> corroboram com os achados desta pesquisa no que diz respeito ao fato de mais da metade dos domicílios unipessoais no Brasil serem constituídos por mulheres com sessenta anos ou mais. Considerando também que existem mais mulheres idosas, os números do último censo demográfico confirmam que há maior probabilidade de um domicílio unipessoal de idoso ter uma mulher como moradora.

Em relação ao estado civil dos idosos, também foi identificado em pesquisa (TESTON, 2014) que a maioria dos idosos são viúvos e a predominância da constituição do domicílio unipessoal após os sessenta anos se deu por uma imposição contingenciada pela morte do companheiro ou separação, além da maioria sobreviver com uma renda advinda de pensões e aposentadoria, tal como evidenciado na pesquisa em tela.

Assim, a literatura corrobora com os dados desta pesquisa ao evidenciar que, em alguns casos, morar sozinho pode advir de situações adversas como a perda de entes queridos, tanto do (a) companheiro (a), como de familiares bem como o fim de um relacionamento (TESTON, 2014).

Nota-se que as idosas viúvas, mesmo as que estão sem o companheiro há muitos anos, permaneceram vivendo sozinhas, o que pode estar atrelado à educação recebida na qual a mulher podia ter apenas um parceiro na vida, não sendo estimulada a procurar por outro, mesmo na viuvez (TESTON, 2013).

Merece destaque o relato preocupante de um participante em não ser considerado por seus familiares como um peso na vida deles, tal como identificado em outro estudo<sup>(8)</sup> envolvendo domicílios unipessoais em condomínio específico para idosos.

Evidenciou-se a partir dos relatos que a busca pela privacidade e autonomia é um bem desejado pelos participantes. Assim, a escolha por residir sozinho pode ser considerada uma espécie de ideal, quando não se quer depender de outras pessoas ou mesmo compartilhar do convívio diário, representando fator fundamental para a qualidade de vida (TESTON, 2014).

Contudo, estudo demonstra que a família, co-residente ou não, por meio de seu apoio, tem um papel muito importante no bem estar e qualidade de vida dos idosos, devendo considerar a importância das relações e suporte que são essenciais para a pessoa que reside sozinha (TESTON, 2014).

Acredita-se que a dificuldade de se julgarem independentes pode estar relacionada às distintas esferas da independência, já que muitas vezes o idoso é independente em uma área e ao mesmo tempo pode ser dependente em outra, conforme identificado neste estudo. Esta população, fragilizada ou não, requer apoio para seguir vivendo de forma independente ou assistida, com dignidade e bem-estar (CAMARGOS, 2009).

Normalmente os moradores que residem em domicílio unipessoal são independentes, e, relatam que apenas na terceira idade passaram a se sentir livres para fazer o que desejam, considerando-se independentes e livres para fazer o que sente vontade (GRDEN, 2015), demonstrando que essa pode ser uma sensação característica dessa faixa etária, e não necessariamente pelo fato de residir sozinho.

Os idosos associaram de forma significativa sua independência à questões financeiras. Para alguns, a renda recebida é percebida como suficiente para viver bem, já que esta permite pagar contas, do plano de saúde, remédios, compras e outros subsídios. Dessa forma, outras utilidades que poderiam demandar o uso do dinheiro, como lazer, cultura e outras não são incluídas no padrão de vida do idoso, por geralmente serem consideradas dispensáveis. Evidencia-se assim, que aqueles que conseguem pagar o que entendem ser necessário, alegam ser independentes

financeiramente e viver bem.

Em outro estudo, a existência de renda para o sustento foi considerado importante na garantia da independência já que tem ajudado aos idosos a sair do papel de dependência para um maior protagonismo dentro da família (CINTRA, 2017).

A independência financeira consiste em um fator que leva os idosos a terem um olhar positivo sobre a vida, porém, muitos idosos ainda buscam essa independência<sup>(15)</sup>, enquanto outros, referem satisfação com sua renda (GRDEN, 2015).

## CONCLUSÃO

Sabe-se que o processo de envelhecimento é uma realidade e paralelo a esse fato, faz-se necessário investir e direcionar a atenção para aspectos que envolvam a busca pela longevidade, pelo viver bem, pela qualidade de vida, com independência, autonomia e saúde.

Soma-se a essa realidade, o aumento de domicílios unipessoais entre os idosos, seja por motivos familiares, sociais, culturais, psicológicos, econômicos ou, ainda, pela busca por privacidade e autonomia.

Esse estudo revelou que poucos idosos foram enfáticos ao relatar que se percebem independentes. A maioria relatou a favor de uma independência parcial ou a percepção da independência foi relatada de forma conflitiosa. Observou-se que a maioria dos idosos possui alguma limitação em algumas dimensões da independência seja funcional, moral ou financeira, evidenciando que residir sozinho não está diretamente relacionado ao fato de ter independência plena.

No que concerne às limitações do estudo, acreditamos ser de suma importância realizar estudos semelhantes em outras Unidades de Saúde de Vitória com idosos que residam sozinhos. Sugerimos estudos dessa natureza nas microrregiões, em cada área de abrangência das USF, para obter um panorama ampliado que possa subsidiar os profissionais de saúde para o atendimento integral do idoso, atendendo suas necessidades de saúde e promovendo sua qualidade de vida.

Igualmente é importante que os serviços de saúde tenham registro oficial e atualizado dessa população, atentando principalmente para a promoção da saúde, prevenção de agravos, estimulando a qualidade aos anos vividos, valorizando, sobretudo, a independência do idoso.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.D.; LUCENA, T.F.R.; MACUCH, R. **“Caiu, tchau e bença”**: os sentimentos, comportamentos e soluções de idosos após a queda em residências unipessoais. Reciis –

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2012a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012b.

CAMARGOS, M.C.S.; MACHADO, C.J.; RODRIGUES, R.N. **Percepção da solidão entre idosos residentes em domicílios Unipessoais no município de Belo Horizonte**. Texto para discussão n 377. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; 2009.

CINTRA, R.S.; LIMA, E.E.C.; ALVES, L.C. **O impacto do Benefício de Prestação Continuada na expectativa de vida saudável dos idosos brasileiros em 2008**. Anais do XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais; outubro de 2016; Foz Iguaçu, Paraná. Brasil; 2017.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. **Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician**. J Psychiatric Res. n.12, v.1, p.89-98, 1975.

FREITAS, V.D.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed.** – [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GRDEN, C.R.B.; BARRETO, M.F.C.; DE SOUZA, J.A.V.; CHUERTINIEK, J.A.; RECHE, P.M.; BORGES, P.K.O. **Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. n.16 v.3 p.391-7, 2015.

MINAYO, M.C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde 13ª ed.** São Paulo: Hucitec; 2013.

MONIER, E.B.; SOARES, R.R. **Saúde do Idoso e a Saúde da Família, Cadernos de Saúde da Família**. EDUFMA, São Luís; 2016.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MOURA, D.L.M.M.; RAMOS, L.H. **A qualidade de vida dos idosos na instituição de longa permanência do município de lagarto (SE)**. Anais do 4º Congresso Internacional de Estudos do Envelhecimento Humano; 21 a 26 de setembro de 2015; Campina Grande, Paraíba. Brasil; 2015.

PERSEGUINO, M.G.; HORTA, A.L.M.; RIBEIRO, C.A. **A família frente a realidade do idoso de morar sozinho**. Revista Brasileira de Enfermagem. n. 70, v.2, p.251-7, 2017.

PINTO, A.H.; LANGE, C.; PASTORE, C.A.; DE LLANO, P.M.P.; CATRO, D.P.; DOS SANTOS, F. **Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. n.21, v. 1, 2016.

RAMOS, J.L.C.; MEIRA, E.C.; DE MENEZES, M.R. **Idosos sozinhos: razões para o envelhecer em domicílio unipessoal**. Memorialidades. n.10, v.19 p.9-24, 2014.

ROTILLI, J.A.M.; DE CARLI, A.D.; MEREY, L.F.; DOS SANTOS, M.L.M.; ROTILLI, G.R. **O idoso dependente no contexto familiar após a alta do projeto cuidados continuados integrados.** Atas Investigação Qualitativa em Saúde. n.2, v.1, p. 1323-4, 2017.

SANTOS, D.F.; TOMAZZONI, A.M.R.; LODOVICI, F.M.M.; MEDEIROS, S.A.R. **A arte de morar só e ser feliz na velhice.** Revista Kairós: Gerontologia. n.13, v.1, p.109-13, 2010.

SOUZA, M.S.; MARCON, S.S.; BUENO, S.M.V.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V.D.A. **A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito.** SaudeSoc São Paulo. n. 24, v.3, p.936-44, 2015.

TESTON, E.F.; MARCON, S.S. **A constituição de domicílios unipessoais em condomínio específico para idosos.** Rev. enferm. UERJ. n.22, v.5, p. 610-14, 2014.

TESTON, E.F.; ROSSI, R.M.; MARCON, S.S. **Utilização de serviços de saúde por residentes em um Condomínio exclusivo para idosos.** Revescenferm USP. n.47, v.1, p.125-32, 2013.



## VITAMINA D E REDUÇÃO DO RISCO DE CÂNCER: ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS, CLÍNICO E EXPERIMENTAIS

Data de aceite: 19/12/2019

**Hyan Ribeiro da Silva**  
**Alice Lima Rosa Mendes**  
**Antonia Rosalia Pimentel Pinto**  
**Carlos Antonio Alves de Macedo Júnior**  
**Franciane Paiva da Silva**  
**Gerson Tavares Pessoa**  
**Hillary Marques Abreu,**  
**Jéssica Maria Santana Freitas de Oliveira**  
**Jordhanya Barros da Silva Almeida**  
**José Chagas Pinheiro Neto**  
**Lexlanna Aryela Loureiro Barros**  
**Luã Kelvin Reis de Sousa**  
**Maisa Campêlo de Sousa**  
**Natália Borges Guimarães Martins**  
**Patrícia Nunes dos Santos**  
**Rayssa Hellen Ferreira Costa**

**RESUMO:** Objetivo: Analisar a relação da Vitamina D na redução do risco de câncer, bem como seus aspectos epidemiológicos, clínicos e experimentais. Metodologia: trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada através dos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Resultados: Foram selecionados 25 artigos, após a análise dos critérios de inclusão e exclusão apenas sete fizeram parte da amostra final da pesquisa. Os estudos

variam de resultados dependendo do câncer estudado, contudo de modo geral existem dados clínicos que apontam aspectos positivos a serem aprofundados em relação à vitamina D e o cancro, onde a mesma tem a capacidade de exercer efeitos anticancerígenos. De acordo com dados a vitamina D pode ter mais efetividade nos casos de canceres de mama devido a um maior aprofundamento de estudo nessa população. Considerações finais: são necessários mais estudos aprofundados sobre o tema em questão, pois o mesmo ainda é escasso na literatura, o que causa muitas dúvidas entre os estudiosos da área. Dessa maneira é imprescindível esclarecer se essa relação da vitamina D e o câncer realmente se efetiva, o que irá beneficiar diversos pacientes portadores de câncer.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer. Epidemiologia. Vitamina D.

### VITAMIN D AND CANCER RISK REDUCTION: EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND EXPERIMENTAL ASPECTS

**ABSTRACT:** Objective: To analyze the relationship of Vitamin D in cancer risk reduction, as well as its epidemiological, clinical and experimental aspects. Methodology: This is an integrative literature review conducted through the databases of the Virtual Health Library

(VHL), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Results: Twenty-five articles were selected. After analyzing the inclusion and exclusion criteria, only seven were part of the final research sample. Studies vary in outcome depending on the cancer studied, but generally there are clinical data pointing to positive aspects to be deepened regarding vitamin D and cancer, where it has the ability to exert anticancer effects. According to data, vitamin D may be more effective in cases of breast cancer due to further study in this population. Final considerations: Further studies are needed on the subject in question, as it is still scarce in the literature, which causes many doubts among scholars in the area. Thus, it is essential to clarify whether this relationship between vitamin D and cancer is really effective, which will benefit several cancer patients.

**KEYWORDS:** Cancer. Epidemiology. D vitamin.

## REDUCCIÓN DEL RIESGO DE VITAMINA D Y CÁNCER: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y EXPERIMENTALES

**RESUMEN:** Objetivo: analizar la relación de la vitamina D en la reducción del riesgo de cáncer, así como sus aspectos epidemiológicos, clínicos y experimentales. Metodología: Esta es una revisión bibliográfica integradora realizada a través de las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), la Biblioteca Electrónica Científica en Línea (SCIELO) y el Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en Línea (MEDLINE). Resultados: se seleccionaron veinticinco artículos y, después de analizar los criterios de inclusión y exclusión, solo siete formaron parte de la muestra de investigación final. Los resultados de los estudios varían según el cáncer estudiado, pero generalmente hay datos clínicos que apuntan a aspectos positivos que deben profundizarse con respecto a la vitamina D y el cáncer, donde tiene la capacidad de ejercer efectos anticancerígenos. Según los datos, la vitamina D puede ser más efectiva en casos de cáncer de mama debido a estudios adicionales en esta población. Consideraciones finales: se necesitan más estudios sobre el tema, ya que aún es escaso en la literatura, lo que genera muchas dudas entre los académicos del área. Por lo tanto, es esencial aclarar si esta relación entre la vitamina D y el cáncer es realmente efectiva, lo que beneficiará a varios pacientes con cáncer.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer. Epidemiología Vitamina D.

### 1 | INTRODUÇÃO

Na natureza, há duas formas principais da vitamina D: a vitamina D<sub>2</sub>, que é sintetizada fotoquimicamente nas plantas e nos fungos por meio da irradiação ultravioleta do ergosterol, e a vitamina D<sub>3</sub>, sintetizada fotoquimicamente na pele dos animais e dos humanos, por meio da irradiação ultravioleta (nomeadamente radiações UVB com o comprimento de onda entre 290-315 nm) do precursor do colesterol, o 7-desidrocolesterol (ALVES et. al. 2013).

A forma vitamina D2 só pode ser adquirida através da sua ingestão na alimentação, enquanto que a vitamina D3 também o pode ser através da síntese cutânea por exposição à radiação solar. Na maior parte dos países da Europa, a vitamina D é adquirida maioritariamente (90%) através da síntese cutânea, sendo apenas 10% adquirida através da sua ingestão na alimentação (SOUZA, 2016).

Nos dias de hoje a deficiência em vitamina D é considerada uma pandemia que tem afetado adultos e crianças. A relação entre a deficiência em vitamina D e o desenvolvimento de doenças ósseas está bem documentada; sendo que esta é essencial para uma mineralização óssea normal (CASHMAN et. al. 2016).

Entretanto, evidências mais recentes têm relacionado a deficiência em vitamina D com o aumento do risco de desenvolvimento de outras patologias, tais como doenças cardiovasculares, diabetes Mellitus tipo 1 e 2, doenças autoimunes, doenças infecciosas, doenças inflamatórias, doenças neurodegenerativas, infeções respiratórias e o cancro (SILVA, 2018).

O potencial anticancerígeno da vitamina D se refere a sua capacidade de afetar direta ou indiretamente a expressão de genes envolvidos na regulação do crescimento celular, no desenvolvimento da apoptose e na inibição dos processos de angiogénese e inflamação, quatro mecanismos fundamentais para o desenvolvimento e progressão do cancro (BONETI, 2013).

No que diz respeito à doença oncológica, têm sido desenvolvidos estudos que demonstram que a vitamina D pode ter a capacidade de retardar o desenvolvimento e o crescimento de células cancerígenas, realçando a hipótese de poder desempenhar um papel significativo na prevenção e no tratamento desta doença (SILVA, 2018).

Diante de tal afirmação tem-se como problema de pesquisa o seguinte questionamento, qual a relação da Vitamina D na redução do risco de cancro?

Dessa forma a presente pesquisa se justifica por considerar de muita relevância para o atual cenário em que a saúde se encontra, demonstrando se a vitamina D realmente tem ação afetiva em células cancerígenas.

Nesse contexto a presente pesquisa tem como objetivo: Analisar aspectos sobre a Vitamina D na redução do risco de cancro, bem como sua epidemiologia, dados clínicos e experimentais.

## **2 | OBJETIVO**

Analisar aspectos sobre a Vitamina D na redução do risco de cancro, bem como sua epidemiologia, dados clínicos e experimentais.

### 3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura norteadada pela seguinte questão: Qual a relação da Vitamina D na redução do risco de câncer? A busca deu-se através da consulta online no mês de setembro de 2019, nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Os termos utilizados para a busca, foram previamente pesquisados em Descritores em Ciência da Saúde (Decs) da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e consistiram em: “Câncer; Epidemiologia; Vitamina D”.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos indexados nas bases de dados, nos idiomas português, inglês e espanhol publicados nos últimos 10 anos.

Foram excluídos os resumos apresentados em eventos científicos, notas ao editor, teses e dissertações não publicadas e artigos que não respondiam ao objetivo do estudo.

### 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 25 artigos e, apenas sete fizeram parte da amostra final da pesquisa. Após a leitura dos artigos, organizou-se os dados em um quadro sinóptico contendo autor, ano, título, principais resultados e conclusão.

Após essa etapa os artigos foram comparados e discutidos segundo a literatura científica.

| Autor/ano            | Título  | Principais resultados  | Conclusão   |
|----------------------|---|--|---|
| OLIVEIRA FILHO, 2014 | Nível sérico de vitamina D3 em portadores de melanoma cutâneo | A deficiência de vitamina D3 apresentou distribuição semelhante nos dois grupos com melanoma (em atividade de doença ou não).          | Não houve diferença dos níveis de vitamina D3 entre portadores de melanoma com ou sem atividade.  |
| WONG, et. al. 2015   | Vitamina D e mortalidade por câncer em mulheres idosas        | Mulheres com concentrações séricas mais baixas de 25 (OH) D estavam em maior risco de morte por câncer, mas não para câncer incidente. | Em mulheres idosas, as concentrações séricas mais baixas de 25 (OH) D parecem ser um fator de risco independente para mortalidade específica por câncer mas não um fator de risco para o desenvolvimento de câncer. |

|                     |   |   |   |
|---------------------|---|---|---|
| BARON, et. al. 2015 | Um estudo de cálcio e vitamina D para a prevenção de adenomas colorretais                                 | Os achados para adenomas avançados foram semelhantes. Houve poucos eventos adversos graves.   | A suplementação diária com vitamina D <sub>3</sub> (1000 UI), cálcio (1200 mg) ou ambos após a remoção dos adenomas colorretais não reduziu significativamente o risco de adenomas colorretais recorrentes por um período de 3 a 5 anos.  |
| CANO, et. al. 2017  | Vitamina D e câncer de mama   | Oito pacientes apresentaram níveis 25OHD ideal, dos quais dois (3,85%) são casos e seis (5,77%) correspondem a controles; nenhum paciente em risco de toxicidade.   | Nove em cada 10 pacientes apresentam níveis subótimos de 25OHD, com uma média de 20,65 ng / ml nos casos e 19,71 ng / ml controles Há uma tendência inversamente proporcional entre os níveis séricos de 25 OHD e o estágio do câncer de mama.  |
| SILVA et. al 2018   | Vitamina D e cancro: dos mecanismos biológicos à utilidade terapêutica                                    | Nos últimos anos, estudos <i>in vitro</i> e <i>in vivo</i> têm vindo a mostrar que a 1,25-dihidroxitamina D (1,25(OH)D) é capaz de exercer efeitos anticancerígenos através da sua ligação a um recetor intracelular específico, o <i>vitamin D receptor</i> (VDR). | Conclui-se que é de extrema importância tornar mais clara esta recente associação entre a vitamina D e o cancro e providenciar as informações necessárias para que as entidades responsáveis atualizem as recomendações atuais, providenciem as medidas necessárias à sua concretização e transmitam a informação aos profissionais de saúde e à população, de forma a que estes fiquem sensibilizados e alertados para o problema atual e saibam como minimizá-lo. |
| INDO et. al. 2018   | Suplementação de vitamina d diminui o 27-hidroxicoesterol sérico em um estudo piloto sobre câncer de mama | Observou-se um aumento significativo ( $p = 4,3E-5$ ) em 25OHD e uma diminuição ( $p = 1,7E-1$ ) em 27HC em pacientes com altas doses versus baixas doses de vitamina D.  | A suplementação de vitamina D pode diminuir os 27HC circulantes das pacientes com câncer de mama, provavelmente pela inibição do CYP27A1.   |

|                           |   |   |  |
|---------------------------|---|---|--|
| TORFADOTTIR, et. al. 2019 | Níveis pré-diagnósticos de 25 hidroxivitamina D e sobrevida em pacientes com câncer | Baixos níveis pré-diagnóstico de 25 (OH) D <30 nmol / L foram significativamente associados ao aumento da mortalidade total (HR: 1,39, IC 95% 1,03, 1,88) e não significativamente à mortalidade específica por câncer (HR: 1,33, 95 % CI 0,93, 1,90) | Entre pacientes idosos com câncer, baixos níveis séricos pré-diagnóstico de 25 (OH) D (<30 nmol / L) foram associados ao aumento da mortalidade geral. |
|---------------------------|---|---|--|

Quadro 1. Características e principais resultados dos estudos examinados. Teresina-PI, 2019.

### Aspectos sobre a Vitamina D na redução do risco de câncer

No que diz respeito à utilização da vitamina D na redução do risco de câncer, Oliveira Filho et. al. (2014) verificaram em um estudo sobre o Nível sérico de vitamina D3 em portadores de melanoma cutâneo constatando que a vitamina D3 dos pacientes com melanoma estava abaixo do considerado suficiente, porém quando comparados a outros pacientes os níveis de vitamina D foram superiores. O que se concluiu é que grande parte da população apresenta níveis insuficientes de vitamina D3 o que inclui os pacientes com melanoma, portanto mais estudos sobre a vitamina D e o melanoma devem ser aprofundados.

De acordo com Wong, et. al. (2015) que analisou a Vitamina D e a mortalidade por câncer em mulheres idosas, afirmam que as mesmas por apresentarem concentrações séricas de 25 (OH) D basais mais baixas estão mais susceptíveis a mortalidade por câncer. Porém esses valores podem ser variados dependendo das características da população estudada. Considerando que é fundamental que ensaios clínicos de suplementação de vitamina D em adultos mais velhos com câncer sejam planejados a fim de determinar se tal associação é causal e reversível.

Baron et. al. (2015) em seu estudo sobre a utilização do cálcio e da vitamina D para a prevenção de adenomas colorretais evidenciou que após a remoção dos adenomas colorretais a vitamina D apenas aumentou os níveis séricos de hidroxivitamina D nos participantes que tiveram um ou mais adenomas diagnosticados durante o tratamento. Concluindo que a suplementação com vitamina D não reduz o risco de adenomas recorrentes por um período de 3 a 5 anos.

Julissa et. al. (2017) verificaram a relação entre a Vitamina D e o câncer de mama De acordo com os resultados não foi possível determinar associação entre os níveis subótimos de vitamina D e câncer de mama. No que se refere às idades foi observada uma maior concentração de 250 HD na faixa etária de 66 a 70 anos o que não é estatisticamente significativo. Porém após a realização da análise de variação ANOVA para contrastar as medias de cada estagio detectaram uma relação inversamente proporcional com níveis de 250 HD, encontrando a diferença a 9,9ngl ml entre o estagio I e o estagio IV do câncer, sendo estatisticamente significativa.



Silva et. al. (2018) demonstraram a relação entre Vitamina D e o cancro entendendo que de acordo com os estudos, a 1,25 de hidroxivitamina é capaz de exercer efeitos anticancerígenos, pois existe uma ligação a um receptor intracelular específico o vitamin D receptor, onde o mesmo se encontra ativo tanto nas células benignas como malignas, em vários órgãos e tecidos de diversos sistemas do organismo, o que é capaz de promover a transcrição de genes e a síntese de proteínas. O que levou a um aumento do interesse clínico sobre a utilização da vitamina D como fator adjuvante na prevenção e no tratamento do cancro.

Indo et. al (2018) verificaram se a suplementação de vitamina D diminui o 27-hidroxicolesterol sérico no câncer de mama, constatando que a suplementação de vitamina D diminui o 27 hidroxicolesterol sérico nos casos de câncer de mama, o que provavelmente se dá pela inibição do CYP27A1. O que sugere uma nova modalidade pela qual a vitamina D pode inibir o crescimento do câncer de mama, porém mais estudos de maior amplitude são necessários para uma melhor verificação.

Torfadottir et. al. (2019) exploraram se os níveis circulantes pré diagnósticos de 25 hidroxivitamina D (25 (OH) D) de indivíduos mais velhos com câncer estavam associados à sobrevida global, e de acordo com os resultados os pacientes mais idosos com câncer apresentavam baixos níveis séricos pré diagnósticos de 25 (OH) D <30nmol/L) foram associados ao aumento da mortalidade geral.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa demonstrou a importância da vitamina D para o ser humano, assim como suas funções que são constantemente estudadas. O que se constata através desses estudos é que baixas concentrações séricas de 25 (OH) D estão associadas a uma variedade de desordens agudas e crônicas.

Porém ensaios clínicos ainda são capazes de comprovar que o aumento das concentrações séricas de 25 (OH) D podem modificar a ocorrência ou o curso clínico de diversas patologias, o que não inclui o câncer.

Portanto são necessários mais estudos aprofundados sobre o tema em questão, pois o mesmo ainda é escasso na literatura, o que causa muitas dúvidas entre os estudiosos da área. Dessa maneira é imprescindível esclarecer se essa relação da vitamina D e o câncer realmente se efetiva, o que irá beneficiar diversos pacientes portadores de câncer.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M; BASTOS, M; LEITÃO; MARQUES, G; RIBEIRO, G; CARRILHO, F. Vitamina D - importância da avaliação laboratorial. **Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.** 2013;8(1):32-9.

BARON, et. al. Um estudo de cálcio e vitamina D para a prevenção de adenomas colorretais. **N Engl J Med**; 373: 2015.

BONETI, R. DA S. Níveis séricos de 25 hidroxivitamina D em pacientes com câncer de esôfago, em alcoolistas/tabagistas sob-risco para carcinoma epidermoide do esôfago e em indivíduos saudáveis residentes no Rio Grande do Sul. **Dissertação de Mestrado**. Faculdade de Medicina, RS, 2013.

CASHMAN, K.D; DOWLING, K.G; SKRABAKOVA, Z; GONZALEZ-GROSS, M; VALTUENA, J; DE HENAUW S, et al. Vitamin D deficiency in Europe: pandemic? **Am J Clin Nutr**. 2016;103(4):1033-44.

CANO, J; CANÚ, A; CUX, J; DONIS, D; GARCÍA, CÉSAR; GODÍNEZ, A; NARCISO, S; RALÓN, S; TECÚN, H. Vitamina D y cáncer de mama. **Rev. méd. (Col. Méd. Cir. Guatem.)**; 156: (1) 35-38. 2017.

INDO, C.C; ALEXANDROVA, L; LAU, K; YEH, C.Y; FELDMAN, D. PITTERI, S.J. Suplementação de vitamina D diminui o 27-hidroxicolesterol sérico em um estudo piloto sobre câncer de mama. **Pesquisa e tratamento do câncer de mama**. V. 167, ed. 3, p 797–802, 2018.

OLIVEIRA FILHO, R.S; OLIVEIRA, D.A; MARTINHO, V.A; ANTONELI, C.B; MARCUSSI, L.A; FERREIRA, C.E. Nível sérico de vitamina D3 em portadores de melanoma cutâneo. **Einstein**. 2014;12(4):473-6.

SOUSA, S.M. De. A vitamina D e o seu papel na prevenção de doenças. **Dissertação de mestrado**. Universidade Fernando Pessoa Porto, 2016.

SILVA, J; PEREIRA, P; COUTO, N; RAMALHO, R. Vitamina D e cancro: dos mecanismos biológicos à utilidade terapêutica. **Acta portuguesa de nutrição** - 12 (2018) 32-37.

TORFADOTTIR, J. E. et. al. **Níveis pré-diagnósticos de 25-hidroxivitamina D e sobrevida em pacientes com câncer. Causas e controle do câncer**. Vol. 30, Ed. 4, p. 333–342; 2019.

WONG, et. al. Vitamina D e mortalidade por câncer em mulheres idosas. **BMC Cancer**; 15: 106, 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

### SÍMBOLOS

(Auto)avaliação 33, 158, 159

#### A

Acessibilidade ao idoso 122

Adam 153, 154, 155, 156, 157, 158, 165

Aprendizado 6, 54, 55, 72, 153, 155, 156, 158, 169

Atenção primária à saúde 4, 167, 168

Audição 2, 3, 5, 6, 7, 8, 147, 155

#### B

Bothrops 44, 45, 48, 49, 50

#### C

Camisinha 22, 25, 26, 30, 32, 33, 34

Câncer 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198

Competência profissional 88, 98

Cuidados críticos 79, 81

Cuidados de enfermagem 19, 70, 82, 159

Cuidados paliativos 61, 63, 64, 65, 66, 68

#### D

Diabetes mellitus 36, 37, 39, 42, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 115

Doenças da córnea 100

Domicílio unipessoal 180, 181, 184, 186, 187, 189

Dor 17, 42, 44, 48, 62, 63, 66, 67, 75, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 145

#### E

Educação em saúde 2, 4, 58, 168, 169, 171, 172, 173, 174

Educação permanente 2, 4, 54, 61, 67, 72, 87, 88, 93, 96, 97, 98, 99

Educação superior 88

Enfermagem pediátrica 168, 177

Enfermeiros 37, 39, 58, 65, 68, 71, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 96, 97, 98, 103, 144

Epidemiologia 33, 44, 50, 51, 133, 191, 192, 193, 194

Estratégias locais 88

Extensão 4, 16, 39, 42, 53, 54, 55, 59, 60, 69, 70, 71, 72, 73, 168, 169, 173, 177

#### F

Fatores de risco 53, 56, 59, 74, 75, 82, 100, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 115, 118, 151

## G

Gerenciamento 11, 15, 89, 99, 173

Gerontologia 121, 122, 123, 129, 141, 189, 190

## H

Hipertensão arterial 36, 37, 39, 56, 57, 74, 112, 115

Hospitais 66, 85, 88, 97, 123, 129, 146

Humanização 23, 63, 142, 143, 144, 145, 146, 150, 151, 176

## I

Idam 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 164, 165, 166

Idoso 17, 18, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 128, 129, 131, 132, 133, 136, 140, 141, 179, 180, 181, 183, 184, 186, 187, 188, 189, 190

Independência 127, 128, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188

## M

Morte 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 113, 135, 181, 186, 194

## P

Pessoas em situação de rua 69, 70, 71, 72, 73, 77, 78

Polimedicação 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 119, 120

Práticas integrativas e complementares 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42

Prematuridade 142, 144, 149, 150

Preservativo 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 133, 136

Processo de trabalho 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 66, 70, 72, 74, 87, 88, 89, 92, 96, 97, 156, 160, 161

Profissional de enfermagem 61, 94

Promoção da saúde 2, 4, 5, 9, 37, 38, 39, 40, 103, 127, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 188, 199

## Q

Qualidade de vida 38, 42, 55, 57, 58, 66, 96, 116, 118, 121, 122, 123, 124, 128, 129, 130, 131, 132, 139, 140, 144, 169, 170, 181, 182, 187, 188, 189

## S

Saúde do homem 22, 23, 24, 32, 33

Saúde do idoso 109, 129, 131, 179, 181, 189

Saúde escolar 168

Saúde holística 70

Saúde pública 3, 14, 19, 37, 40, 44, 45, 54, 92, 95, 129, 139, 141, 178, 186, 199

Sistema vestibular 142, 143, 144, 146, 147, 149, 150

Sucção 79

## U

Unidade de terapia intensiva 61, 63, 64, 65, 68, 79, 80, 81, 82, 86, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 108, 142, 143, 144, 151

Unidade de terapia intensiva neonatal 142, 143, 144, 151

Unidades de terapia intensiva 65, 68, 78, 79, 83, 95, 100, 108

## V

Vacinação 6, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 73, 170

Vitamina d 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198



