

ISSN 1679-1983



Escola de Enfermagem
Nova Esperança Ltda.

Revista de
Ciências da Saúde
NOVA ESPERANÇA

SÉRIE
Monografias

Volume 05 - Número 02 - Dez/2007



Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR**Diretora-presidente da
Entidade Mantenedora**

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-presidente

João Fernando Pessoa Silveira

Diretor da FACENE

Eitel Santiago Silveira

Diretora da FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

ADMINISTRAÇÃO BÁSICA**Coordenadora do****Curso de Enfermagem - FACENE**

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora do**Curso de Medicina - FAMENE**

Gladys M. Cordeiro da Fonseca

ÓRGÃOS DE APOIO ADMINISTRATIVO**Secretaria Geral**

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Tesouraria

Alexandre Henrique Santiago Silveira

Recursos Humanos

Glaucio Marinho de Benévolo

Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene

Rosa Rita da Conceição Marques

Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica

Oriana Deyze Paiva Correia Leadebal

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo - CRB 15/103

**Revista de Ciências da Saúde
Nova Esperança - Semestral**

Tiragem: 300 exemplares

Editor

Edielson Jean da Silva Nascimento

CONSELHO EDITORIAL

- Clélia Albino Simpson – UFRN-RN
- Homero Perazzo Barbosa – FACENE/FAMENE-PB
- Iara de Moraes Xavier – UnB-DF
- Iolanda Beserra da Costa Santos – UFPB-PB
- Jackson Roberto Guedes da Silva Almeida – UNIVASF-PE
- José Augusto Peres – UnP-RN
- Josean Fachine Tavares – UFPB-PB
- Katy Lísias Gondim Dias – FAMENE-PB
- Liana Clébia Soares Lima de Moraes – UFPB-PB
- Lucindo José Quintans Júnior – UFS-SE
- Marcos Antonio Jerônimo Costa – FACENE-PB
- Marcos Antonio Nóbrega de Sousa – UEPB-PB
- Maria Júlia Guimarães de Oliveira Soares – UFPB-PB
- Marta Miriam Lopes Costa – UFPB-PB
- Regina Célia de Oliveira – UnP-PE
- Rinaldo Henrique Aguiar da Silva – Famema-SP
- Roque Marcos Savioli – INCOR/FMUSP-SP
- Simone Carneiro Maldonado – UFPB-PB

CAPA

Luiz de Souza Soares

Diagramação

Magno Nicolau

Edição

Idéia Editora Ltda.

ideiaeditora@uol.com.br

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC.

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v.5 n. 2. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, 2007.

v.: il.;
Série Monografias

Semestral
ISSN 1679-1983

1. Ciências da Saúde - Periódico I. Título.

CDU – 61(05)

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança -**ISSN 1679-1983**

R. Artífice Pedro Marcos de Souza, 12
Valentina Figueiredo - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP: 58.064-000 - Telefone: (83) 2106-4791

Site: www.facene.com.br
E-mail: revista@facene.com.br

Sumário

EDITORIAL

Conclusão do Curso e as Monografias
Nereide de Andrade Virgínio, 5-6

Artigos Originais

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO DO ENSINO FUNDAMENTAL A RESPEITO DO FENÔMENO BULLYING

Suely Aragão Azevêdo
Sandra Aparecida Almeida, 17-26

SATISFAÇÃO DE PESSOAS SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Rosa Rita da Conceição Marques
Viviane Cezar de Oliveira, 27-36

USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL ENTRE OS GARIS NA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB

Thallytta Thamara da Silva Guimarães
Paulo Emanuel Silva
Ana Cristina de Oliveira e Silva
Gisetti Corina Gomes Brandão, 37-46

PERCEPÇÃO DAS ADOLESCENTES PRIMÍPARAS ACERCA DO CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

Verônica Barbosa Sarmiento
Gisetti Corina Gomes Brandão
Khivia Kiss Barbosa de Sousa
Anne Jaquelyne Roque Barrêto
Luciana Norões Gomes, 47-56

AÇÕES EDUCATIVAS NO PSF: DEPOIMENTOS DE USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Joanna Monique Fernandes de Almeida
Gerlane Ângela da Costa Moreira
Ana Cristina de Oliveira Silva

FATORES DE RISCOS MAIS FREQUENTES NO DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NO IDOSO, 69-80

Tereza Jamyle da Silva Araújo
Bernadete de Lourdes André Gouveia
Oriana Deyze Paiva Correia
Gerlane Ângela da Costa Moreira

EXAME DE TOQUE RETAL: UMA INVESTIGAÇÃO COM UM GRUPO DE POLICIAIS, 81-88

Luís Carlos Ferreira de Lima
Paulo Emanuel Silva

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ANÁLISE AO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO, 89-98

Tânia Cinira Vieira da Costa Nobrega
Gisetti Corina Gomes Brandão
Maria de Fátima de Sousa Ramalho F. Lacerda
Rogélia Herculano Pinto

Normas Editoriais, 99-103

Editorial

Conclusão do Curso e as Monografias

O compromisso com a excelência das ações pedagógicas oferecidas à comunidade acadêmica das Instituições de Ensino Nova Esperança motivou, há quatro anos, a criação da Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, caracterizada como instância de divulgação da produção científica interna, também democraticamente disponibilizada à comunidade científica externa.

A relevância da Revista para a vida Institucional tem sido muito grande, pela notoriedade e visibilidade proporcionada à produção científica dos nossos docentes e discentes, e também dos pesquisadores de outras instituições formadoras.

No contexto atual, em que ressalta-se a prioridade de socialização do saber, a divulgação dos resultados de pesquisas realizadas na área da saúde tem proporcionado a estudantes, profissionais da prática e professores, a oportunidade de atualização dos conhecimentos científicos e de modernização de técnicas/procedimentos assistenciais.

É com satisfação e orgulho que constatamos, a cada edição da Revista, a participação efetiva de membros dos nossos corpos docente e discente, retratando o compromisso com a produção de novos conhecimentos e o estímulo aos alunos para o início das atividades de pesquisa.

Em continuidade às ações de divulgação desenvolvidas, chegamos à primeira edição especial da Revista, com a Série Monografias, no intuito de focar, de forma específica, a divulgação de um vasto manancial da produção científica da IES, o acervo de Trabalhos de Conclusão de Curso (Monografias) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE.

Definido como atividade pedagógica obrigatória para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), em atendimento ao disposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem, encontra-se programado para início de desenvolvimento no sétimo período letivo do Curso, e conclusão no oitavo período.

Para possibilitar o desenvolvimento dos TCCs, a FACENE desenvolveu um sistema de orientação e acompanhamento das atividades discentes, com a definição do quadro de orientadores de monografias, composto por mestres e doutores, e do calendário de atividades. Em consonância com o objetivo primordial de manutenção de padrões de excelência das atividades pedagógicas desenvolvidas, a Faculdade mantém a rotina de realização de encontros semanais, previamente programados e obrigatórios, dos alunos com seus orientadores, para desenvolvimento gradual do projeto de pesquisa, no sétimo semestre, e para a coleta de dados, análise e elaboração do texto final da monografia, no oitavo semestre.

O planejamento de atividades inicialmente desenvolvido tem se mostrado adequado, possibilitando a construção das monografias com relevância e significância. Ressaltamos que na FACENE os alunos realizam apresentação de qualificação do projeto de pesquisa ao final do sétimo período e defesa da monografia ao final do oitavo, ambas através do julgamento de bancas avaliadoras compostas por docentes da Instituição.

Os primeiros TCCs aprovados foram apresentados no semestre 2005.2, quando as duas primeiras turmas da IES alcançaram a conclusão do Curso. Durante os cinco últimos semestres, o acervo tem sido acrescido das monografias de todos os alunos concluintes, formando uma rica coletânea de pesquisas científicas, já disponível para consultas na biblioteca institucional, e que, a partir deste número especial da Revista, passa a ser disponibilizada à comunidade científica.

É com grande satisfação que iniciamos essa divulgação especial, que deverá se caracterizar como uma série de números dedicados à divulgação dos *papers* das monografias produzidas, que retratam a intensa produção científica interna do Curso, resultado do compromisso e dedicação de todas as instâncias institucionais, da Diretoria às Coodernações de Curso e de Monografias, aos professores orientadores e alunos pré-concluintes e concluintes.

Nereide de Andrade Virgínio
Coordenadora do Curso de Enfermagem
da Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança

Monografia

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO DO ENSINO FUNDAMENTAL A RESPEITO DO FENÔMENO BULLYING

Suely Aragão Azevêdo¹
Sandra Aparecida Almeida²

RESUMO

As escolas, nos dias atuais, estão se tornando para muitos um local de pânico, em consequência do *bullying*. Esse fenômeno é conceituado como atitudes agressivas repetitivas contra um ou mais estudantes. Acomete principalmente pessoas entre 11 e 13 anos. O *bullying* é classificado como direto, indireto e *cyberbullying*. As crianças e adolescentes podem ser acometidos na condição de autor, alvo, alvo/autor e testemunhas. Tem como causa fatores econômicos, sociais e culturais, e influências familiares e de amigos. Os acometidos podem enfrentar consequências físicas e emocionais, com isso devem receber tratamento específico por parte dos pais, profissionais da área da saúde e da educação. Como prevenção, faz-se necessário promover orientação, conscientização e discussão sobre o referido assunto. Este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento de profissionais da área de educação do ensino fundamental, que atuam em escolas da cidade de João Pessoa – PB, sobre o transtorno de personalidade *bullying*. O estudo foi do tipo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, no qual foi utilizado um questionário. Ao analisar os dados foi possível observar que tanto os laboriosos da instituição pública quanto os da privada que nunca tinham ouvido falar sobre o assunto, também responderam às questões relativas ao tema. Com relação aos que estudaram ou ouviram falar sobre o transtorno, percebe-se que apenas 14% dos questionados falaram da principal característica do fenômeno, ou seja, atitudes agressivas de forma repetitiva contra ou mais estudantes, e nenhum deles citou em sua respostas nada relacionado com as vítimas ou testemunhas, associando o *bullying* apenas aos autores. Diante do exposto, nota-se o despreparo de tais profissionais diante das pessoas acometidas, sendo assim necessário um maior conhecimento por parte destes para que

1 INTRODUÇÃO

A violência nos dias de hoje é considerada um importante problema de saúde pública, e vem crescendo gradativamente em todo o mundo, apresentando consequências individuais e sociais, em especial para os jovens, visto que pesquisas revelam que estes aparecem como os que mais matam e mais morrem (LOPES NETO, 2006).

Com o aumento da violência por parte das crianças e adolescentes, a agressividade manifestada principalmente em indivíduos que têm entre 3 e 6 anos de idade, evolui de forma alarmante, com isso as escolas que deveriam ser vistas como um local de aprendizado, às vezes se tornam um ambiente no qual os alunos não se sentem bem, perdendo assim o entusiasmo, a motivação, consequentemente interferindo no desempenho dos discentes, podendo levar ao comprometimento físico e emocional, e até originar sentimentos de

¹ Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Rita-PB.

² Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

insatisfação com a vida (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2001; LOPES NETO, 2006).

Segundo Lopes Neto (2006, p. 3) o fenômeno da violência escolar entre crianças e adolescentes é conhecido como *bullying*. Este se configura a partir de

atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotada por um ou mais estudante contra outro (s), causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder. Essa assimetria de poder associada ao *Bullying* pode ser conseqüente da diferença de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional, ou do maior apoio dos demais estudantes.

As crianças e/ou adolescentes acometidas pelo *bullying*, na condição de autores, vítimas ou testemunhas devem receber um acompanhamento diferenciado das demais, pois grande parte das agressões e/ou intimidações é reflexo dos atos ocorridos em casa (FANTE, 2005).

No Brasil, uma pesquisa feita por membros da Coordenação Técnico-Científica do Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes, realizado em 11 escolas da cidade do Rio de Janeiro, demonstrou que 40% de 5.800 alunos, do 6º ao 9º ano, já estiveram envolvidos em atos de *bullying*, seja na condição de autor, de alvo ou de testemunha (FIORI, 2007).

Resolvemos desenvolver este estudo pelo fato de considerá-lo de grande importância para o nosso crescimento pessoal e pro-fissional, visto que convivemos com pessoas que lecionam para alunos do Ensino Infantil e Fundamental, onde escutamos diariamente depoimentos de atitudes agressivas que ocorrem dentro do ambiente escolar, tanto por parte dos alunos quanto por parte de alguns profissionais. Acreditamos que este trabalho é relevante e contribuirá para a comunidade acadêmica de enfermagem, profissionais das áreas da saúde e da educação, pois apesar do *bullying* ser reconhecido como fenômeno social, no Brasil, o transtorno ainda é pouco comentado e estudado, havendo assim uma escassez de pesquisas sobre o tema, e conseqüentemente o despreparo de tais laboriosos diante do fenômeno, quando

por vezes é tratado como comportamento normal de criança levada e hiperativa.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

- * Identificar o conhecimento de profissionais da área de educação do Ensino Fundamental que atuam em escolas da cidade de João Pessoa – PB sobre o Transtorno de Personalidade *Bullying*.

1.1.2 Objetivos Específicos

- * Realizar um estudo comparativo sobre o conhecimento do *bullying* entre profissionais de educação do Ensino Fundamental da rede pública e da rede privada;
- * Transmitir informações aos pesquisados a respeito desse fenômeno.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Ao discutirmos sobre a violência contra crianças e adolescentes e correlacionarmos os ambientes onde ela ocorre, a escola é o local mais freqüente e visível, sendo esta a que menos preocupa as autoridades competentes (LOPES NETO, 2006).

Conforme Lopes Neto (2006, p. 2), o termo "violência escolar" está relacionado com

todos os comportamentos agressivos e anti-sociais, incluindo os conflitos interpessoais, danos ao patrimônio, atos criminosos, entre outros. Muitas dessas situações dependem de fatores externos, cujas intervenções podem estar além da competência e capacidade das entidades de ensino e de seus funcionários.

Em meados dos anos 70, surgiu na Suécia um interesse por parte da sociedade em pesquisar os problemas desencadeados entre o agressor e a vítima do *bullying*, e a partir de então se iniciaram os estudos. Dan Olweus, pesquisador da Universidade de Bergen, foi o primeiro a desenvolver critérios de investigações nas escolas, utilizando questionários que foram

aplicados entre os alunos, tendo como objetivo detectar o problema de maneira específica, diferenciando-o de brincadeiras e gozações normais entre eles (FANTE, 2005).

Conforme Fante (2005, p. 29), *bullying* define-se como

um comportamento cruel intrínseco nas relações interpessoais, em que os mais fortes convertem os mais frágeis em objetos de diversão e prazer, através de "brinca-deiras" que disfarçam o propósito de maltratar e intimidar.

Conforme Lopes Neto (2006), o *bullying* é classificado como direto, quando as vítimas são atacadas diretamente, sendo este tipo caracterizado por apelidos e agressões físicas; sendo mais praticado entre os meninos.

O *bullying* indireto ocorre quando a criança está ausente, compreendendo atitudes de indiferença e difamação; sendo praticado mais pelas meninas (LOPES NETO, 2006).

O *cyberbullying*, para Belsey (2006 apud LOPES NETO, 2006, p. 5) consiste

no uso da tecnologia da informação e comunicação como recurso para a adoção de comportamentos deliberados e repetidos, de um indivíduo ou grupo, que pre-tende causar danos a outro(s).

Para Fante (2005), as crianças e os adolescentes podem ser identificados como autores de *bullying* (convertem os mais fracos em suas vítimas), alvos de *bullying* (costuma ser a pessoa mais frágil), alvos-autores de *bullying* (são aqueles que reproduzem as agressões sofridas) e testemunhas de *bullying* (presenciam os maus-tratos, porém não o sofre diretamente e nem o pratica).

Para Lopes Neto (2006, p. 6), vários são os motivos que podem levar ao transtorno, no entanto

fatores econômicos, sociais e culturais, aspectos inatos de temperamento e influências familiares, de amigos, da escola e da comunidade, constituem riscos para a manifestação do *Bullying* e causam impacto na saúde e desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Tanto os alvos quanto os autores e as testemunhas enfrentam conseqüências físicas e emocionais que podem danificar o comportamento infantil, a personalidade e o aprendizado da pessoa acometida pelo fenômeno. No entanto, alguns pesquisadores dizem existir alguma relação direta com a freqüência, duração e severidade dos atos de *bullying* (FANTE, 2006; LOPES NETO, 2006).

A criança e/ou adolescente acometida com tal transtorno deve receber tratamento diferenciado das outras, visto que o fenômeno acomete também o seu lado psicológico. Com isso, faz-se necessário o conhecimento e participação dos profissionais da área de educação, de saúde e dos pais diante da assistência desses jovens, sendo de grande relevância a comunicação e o entrosamento para que possam atuar da melhor maneira possível (BALLONE, 2006).

Para Nogueira (2006), faz-se necessário promover a orientação, conscientização e discussão sobre o referido assunto, por parte daqueles que assumem a responsabilidade pela educação, saúde e segurança de seus alunos, pacientes e filhos, pois nem toda briga pode ser considerada como sendo ato de *bullying*, no qual não seria permitido que crianças e adolescentes que encontram-se em fase de desenvolvimento aprendam a viver em harmonia, em grupo. Com isso é importante perceber a diferença de um comportamento aceito e um abuso, que às vezes é muito tênue, portanto cada caso deve ser observado e analisado conforme sua gravidade.

Segundo Fante (2005), o *bullying* é um fenômeno complexo e de difícil solução, porém suas ações de prevenção são relativamente simples e de baixo custo, podendo, portanto desenvolver programas *antibullying* em toda e qualquer instituição.

3 METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos propostos, efetuou-se uma pesquisa do tipo descritivo-exploratória, com abordagem quantitativa.

Escolheu-se como cenário da pesquisa duas escolas que possuíssem o Ensino Fundamental, sendo uma da rede pública,

e uma da rede privada. Ambas foram escolhidas aleatoriamente e estão situadas no município de João Pessoa – PB.

A população foi composta por profissionais do Ensino Fundamental que atuam entre o 6º e o 9º anos da rede pública e da rede privada, que se encontravam presentes nas instituições no momento da pesquisa.

A amostra foi formada por 21 profissionais, dentre eles professores, diretores, vice-diretor, orientador educacional, secretário e agente administrativo.

O instrumento utilizado foi um questionário contendo perguntas objetivas e subjetivas, sendo todas elas relacionadas ao objetivo do estudo.

Os dados foram coletados nos meses de março e abril do ano de 2007, e para uma melhor visualização dos resultados obtidos optou-se por analisá-los quantitativamente, na forma de quadros e gráficos, e posteriormente analisá-los à luz da literatura referente ao tema.

O estudo foi norteado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e todos os participantes da pesquisa tiveram assegurada a sua privacidade, o sigilo das respostas e o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo durante a pesquisa, sem sofrer qualquer dano (SOUZA; MOZACHI, 2005).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram apresentados em gráficos e quadros com o intuito de proporcionar ao leitor uma melhor visualização e compreensão a respeito da coleta que foi realizada.

A seguir foram apresentados os dados de caracterização dos participantes que fizeram parte da amostra.

Vinte e uma pessoas fizeram parte da amostra, dessas, 67% (14) atuam na rede pública e 33% (7) trabalham na rede privada. Com isso é importante ressaltar que todas as percentagens que serão apresentadas ao longo do estudo são de acordo com a população estudada em cada instituição.

De acordo com o Quadro 1, foi possível observar que os profissionais da rede pública estão em sua maioria (65%) na faixa

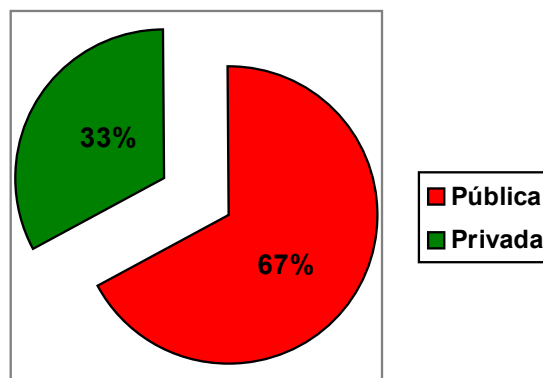


Gráfico 1: Profissionais pesquisados, quanto ao tipo de instituição que atuam (n = 21).

Fonte: Sujeitos pesquisados / 2007.

Quadro 1: Profissionais pesquisados, segundo a faixa etária, sexo e tipo de instituição na qual atuam (n = 21).

Faixa Etária	Sexo	Instituição							
		Pública				Privada			
		M	%	F	%	M	%	F	%
20-25 anos		—	—	—	—	—	—	02	29%
26-30 anos		—	—	02	14%	02	29%	01	14%
31-35 anos		—	—	—	—	—	—	01	14%
36-40 anos		—	—	01	7%	—	—	—	—
Acima de 40 anos		02	14%	09	65%	—	—	01	14%
TOTAL		02	14%	12	86%	02	29%	05	71%

Fonte: Sujeitos pesquisados / 2007.

etária acima de 40 anos, contrapondo aos da rede privada que são mais jovens.

Observa-se que os profissionais da rede pública têm titulações maiores que os da instituição privada.

Apesar dos docentes serem os que têm contato direto com os alunos, foram abordadas pessoas que ocupam diversos cargos dentro de uma escola pois, conforme Salgado (2007), a única maneira de se combater o *bullying* é através da cooperação dos professores, funcionários, discentes e pais.

Após a conclusão da análise dos dados de identificação da amostra foi iniciado o estudo das declarações referentes ao *bullying*, na qual os profissionais da rede pública foram representados pela letra A e os da rede privada pela letra B.

Percebe-se que a grande maioria dos que referiram saber da existência do fenômeno informaram que a informação foi recebida através dos meios de comunicação e não por atualização profissional.

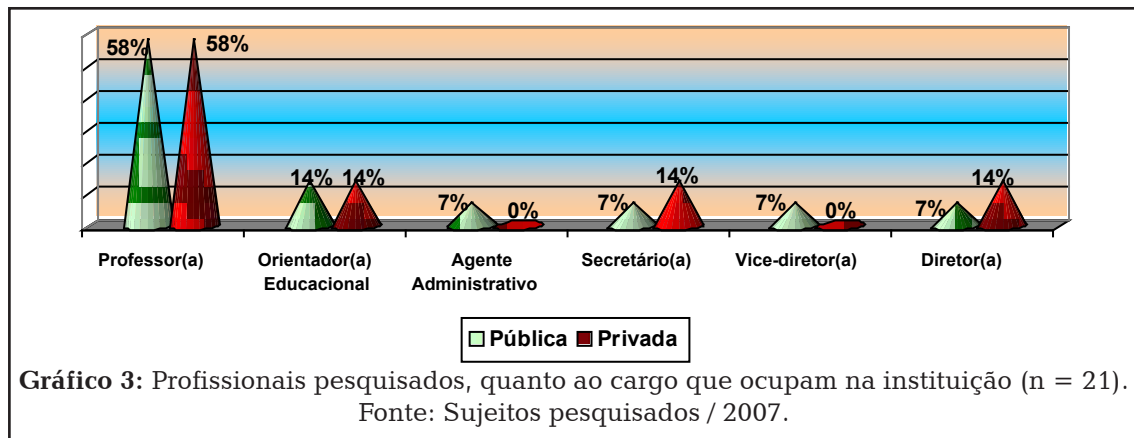
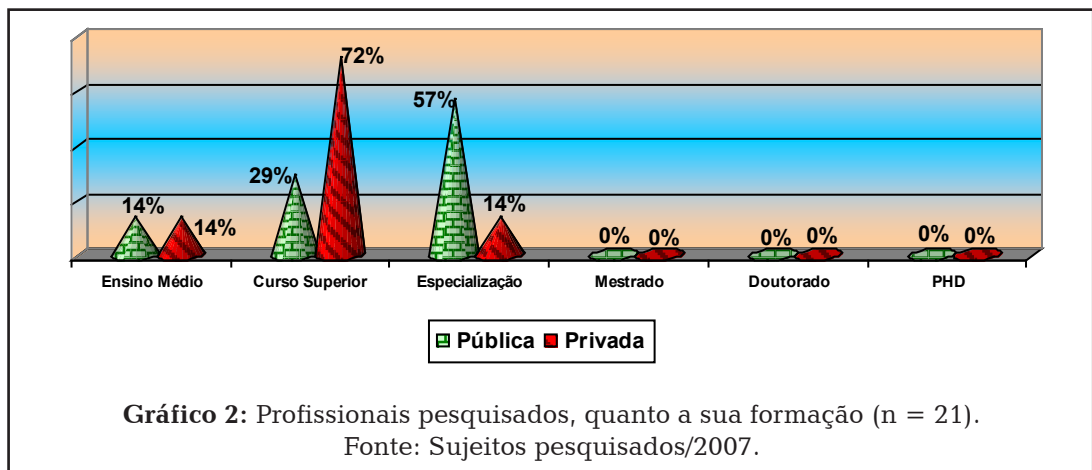
Pelo fato do *bullying* ser um tema novo, poucas pessoas estudaram sobre tal transtorno, visto que na época de sua

formação, o assunto ainda não fazia parte da grade curricular; talvez seja por esse motivo que aconteceu uma discrepância em algumas respostas.

Apesar da maioria dos profissionais responderem de forma afirmativa à pergunta, apenas o A3, mesmo se contradizendo ao dizer que nunca ouviu falar do fenômeno, citou a principal característica do transtorno, que segundo Salgado (2007) e Lopes Neto (2006) é a violência de forma repetitiva contra um ou mais estudantes, causando-lhes angústia e dor.

Pelo fato de alguns profissionais acharem que o *bullying* é qualquer tipo de violência ocorrida dentro do ambiente escolar, alguns dos pesquisados responderam de forma errônea ao falar que um dos sinais é bravejar e agredir os colegas às vezes, visto que o transtorno só é considerado realmente um distúrbio quando acontece várias vezes com a mesma pessoa (BALLONE, 2006; FANTE, 2005; FANTE, 2006; FIORI, 2007; LOPES NETO, 2006; NOGUEIRA, 2006; SALGADO, 2007).

Apesar de um indivíduo acometido por *bullying* apresentar vários sinais e sintomas, as vítimas demonstram falta de vontade de ir



Quadro 2: Profissionais pesquisados, quanto ao fato de já terem ouvido falar a respeito do fenômeno *bullying* (n = 21).

Você já ouviu falar alguma vez sobre o referido transtorno de personalidade? Em caso afirmativo, informe através de que meio?

PARTICIPANTES	RESPOSTAS	JUSTIFICATIVAS
A1	Não	_____
A2	Não	_____
A3	Não	_____
A4	Sim	_____
A5	Sim	<i>Livros, revistas e jornais.</i>
A6	Não	_____
A7	Sim	<i>Na faculdade.</i>
A8	Não	_____
A9	Sim	_____
A10	Não	_____
A11	Sim	<i>Emissora de TV.</i>
A12	Sim	_____
A13	Sim	<i>Televisão.</i>
A14	Não	_____
B1	Sim	<i>Televisão.</i>
B2	Sim	<i>Revistas, palestras, internet.</i>
B3	Não	_____
B4	Sim	<i>Em uma escola particular.</i>
B5	Sim	<i>No ambiente de trabalho.</i>
B6	Sim	_____
B7	Sim	<i>Palestras, revistas, TV.</i>

Fonte: Sujeitos pesquisados / 2007.

Quadro 3: Profissionais pesquisados, sobre se durante a sua formação estudaram alguma matéria que abordasse tal tema (n= 21).

Durante sua formação acadêmica, você cursou alguma disciplina que abordasse tal tema? Em caso afirmativo, informe qual.

PARTICIPANTES	RESPOSTAS	JUSTIFICATIVAS
A1	Não	_____
A2	Não	_____
A3	Não	_____
A4	Sim	<i>Psicologia da Educação.</i>
A5	Não	_____
A6	Não	_____
A7	Sim	<i>Psicopedagogia nas Relações Interpessoais.</i>
A8	Não	_____
A9	Sim	<i>Psicologia da Educação.</i>
A10	Não	_____
A11	Sim	<i>Psicologia.</i>
A12	Não	_____
A13	Não	_____
A14	Não	_____
B1	Sim	<i>Psicologia da Educação.</i>
B2	Sim	<i>Psicologia Comportamental e Psicopedagogia nas Relações Interpessoais.</i>
B3	Não	_____
B4	Sim	<i>Psicologia da Educação V.</i>
B5	Sim	<i>Psicologia da Educação.</i>
B6	Sim	<i>Psicologia da Educação V.</i>
B7	Não	_____

Fonte: Sujeitos pesquisados / 2007.

Quadro 4: Profissionais pesquisados, quanto ao conceito de *bullying* (n = 21).
Para você, o que é bullying?

PARTICIPANTES	RESPOSTAS
A1	"Não sei, nunca ouvi falar."
A2	———
A3	"É caracterizado por atitudes agressivas, intencionais e repetidas, contra um ou mais estudante (transtorno de personalidade)."
A4	"Mudança de comportamento."
A5	"É uma doença detectada através de um profissional de saúde que atendeu ao agressor em meio a uma crise."
A6	"Transtorno de personalidade, caracterizado por atitudes agressivas."
A7	"Desvio de conduta moral que pode estar associado a histórico psicossocial."
A8	"É um transtorno de personalidade; um descontrole emocional agressivo."
A9	"Mudança brusca de personalidade que causa o transtorno na sua vida pessoal e até mesmo profissional e afetiva."
A10	———
A11	"É uma forma que o indivíduo tem para agredir um colega, seja fisicamente ou moralmente. Principalmente se ele teve uma infância onde também foi agredido."
A12	"É agressividade de algumas pessoas."
A13	"Algo relacionado à mudança de personalidade."
A14	"Mudança de personalidade."
B1	"Um transtorno na personalidade, onde a pessoa se torna agressiva."
B2	"Um distúrbio de comportamento."
B3	———
B4	"É a mudança significativa da personalidade do indivíduo, deixando-o extremamente agressivo."
B5	"Um distúrbio comportamental, o aluno é agressivo quando contrariado."
B6	"A irritação provocada pelo aluno que não aceita ser apelidado pejorativamente."
B7	"Distúrbio da personalidade."

Fonte: Sujeitos pesquisados / 2007.

Quadro 5: Profissionais pesquisados quanto à existência de alguém com sintomas de *bullying* no seu ambiente de trabalho (n = 21).

No seu ambiente de trabalho existe alguém com sinais e sintomas do bullying? Em caso afirmativo, informe de que maneira ele (a) expressa esses sinais e sintomas.

PARTICIPANTES	RESPOSTAS	JUSTIFICATIVAS
A1	Não	_____
A2	_____	_____
A3	Sim	Agressividade, ameaças.
A4	Sim	_____
A5	Não	_____
A6	Sim	Agressividade, ameaças.
A7	Sim	Mudança brusca de comportamento social.
A8	Sim	_____
A9	Sim	_____
A10	Sim	_____
A11	Sim	Mudança de comportamento.
A12	Sim	Com agressões físicas e morais.
A13	Não	_____
A14	Sim	Pela indiferença.
B1	Não	_____
B2	Sim	Brincadeiras agressivas.
B3	_____	_____
B4	Não	_____
B5	Sim	Agride os colegas (às vezes).
B6	Sim	Bravejando.
B7	Não	_____

Fonte: Sujeitos pesquisados / 2007.

Quadro 6: Profissionais pesquisados, sobre quais dos sinais de *bullying* que estes mais conhecem (n = 21).

Quais dos sinais e sintomas de bullying que você mais conhece?

PARTICIPANTES	RESPOSTAS
A1	_____
A2	_____
A3	Atitudes agressivas e intencionais.
A4	Atitudes agressivas.
A5	Agressividade; mudança dos hábitos em casa, na escola, no trabalho.
A6	Atitudes agressivas intencionais.
A7	A repentina agressividade, sem motivo aparente.
A8	Agressividade.
A9	Desvio ou mudança total do comportamento humano.
A10	_____
A11	Agressividade.
A12	Agressividade com os amigos (companheiros de sala).
A13	Agressividade.
A14	A indiferença.
B1	Agressividade.
B2	Falsa cordialidade e amabilidade.
B3	_____
B4	Agressividade.
B5	Agressividade, descontrole emocional, nervosismo, agitação.
B6	Irritabilidade e agressividade.
B7	Agressividade.

Fonte: Sujeitos pesquisados / 2007.

à escola; e no caso dos autores, são pessoas que têm dificuldades de relacionamento e são frequentemente humilhadas pelos adultos; a maioria dos colaboradores que responderam ao questionamento associam tal transtorno apenas a agressividade (FIORI, 2007).

Após a análise e discussão dos dados percebe-se que alguns dos pesquisados responderam as perguntas mesmo afirmando que nunca ouviram e/ou estudaram alguma disciplina que abordasse tal tema.

Isto fez com que houvesse uma discrepância em algumas questões, visto que o objetivo era identificar o que tais laboriosos conheciam sobre o fenômeno no momento da pesquisa e não o que eles achavam o que fosse após a pesquisadora participante falar que era um tipo de violência escolar que causa um transtorno de personalidade, já que a maioria não conheciam o termo *bullying*.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o *bullying* ser reconhecido com um problema de Saúde Pública mundialmente, no Brasil ainda é pouco estudado e comentado, diante disto, a maior dificuldade encontrada durante a construção deste estudo foi a escassez de material acerca do tema em questão, sendo este um fator que pode refletir na falta de conhecimentos dos profissionais pesqui-

sados.

Com o término da pesquisa foi possível perceber o despreparo dos profissionais diante de crianças e adolescentes acometidos por tal transtorno, visto que a maioria dos colaboradores do estudo associa o *bullying* a qualquer tipo de violência que ocorra dentro do ambiente escolar, não citando em suas respostas a principal característica do fenômeno, ou seja, atitudes agressivas repetitivas contra um ou mais estudantes.

Diante do exposto, concluímos que os funcionários tanto da instituição pública quanto da privada necessitam de maiores informações sobre o tema, pois para que o *bullying* seja combatido nas escolas é preciso que os pais, diretores e demais profissionais atuem em conjunto com os alunos na redução da prática do fenômeno. Vale ressaltar que o tempo que estes laboriosos passam com os discentes é mínimo, com isso não podem ser culpados pela agressividade ocorrida dentro do ambiente escolar, visto que a educação dessas crianças e adolescentes são reflexos dos atos ocorridos em casa e na sua comunidade.

KNOWLEDGE OF THE PHENOMENON BULLYING BY THE PROFESSIONALS OF EDUCATIONAL ÁREA OF THE FUNDAMENTAL EDUCATION

ABSTRACT

This work approaches the scholar violence, once the schools became for many a place of panic in consequence of the *Bullying* phenomenon. It is known as all the aggressive and repeated attitude against one or more students. It assaults principally people between 11 to 13 years old. The *Bullying* phenomenon is classified as direct, indirect and cyberbullyng. Children and teenagers may be assaulted as author, victim, victim/author and witnesses. It is caused by economic, social and cultural factors and familiar and friends influences. Those assaulted by this phenomenon may face physical and emotional consequences, because of this they must have specific treatment by their parents, professionals from health and educational area. As prevention it is necessary to raise orientation, consciousness on the mentioned subject. The present work has as objective indentify the knowledge of those professionals who work with education at fundamental schools in the city of Joao Pessoa – PB, on the *Bullying* personality perturbation. The study was descriptive – exploratory with qualitative approach, in which a questionnaire was used. Analysing the facts it was observed that the laborious from public institution as well as the private ones that have never heard about the subject, also answered the questions about the theme, regarding to those who studied or heard about the *Bullying* phenomenon, that is, aggressive attitudes of repetitive way against one or more students, none of them mentioned in their answers anything related with the victims or witnesses, associating the *Bullying* only to the authors. So, we may realize the lack of knowledge of the professionals on the subject with those assaulted being necessary a deeper knowledge from those professionals in order to work effectively to fight against *Bullying*.

KEY- WORDS: Violence. Education. nursing.

REFERÊNCIAS

- BALLONE, G. J. **Maldade da infância e adolescência: bullying**. Disponível em: <www.virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=372&sec=20>. Acesso em: 20 jun. 2006.
- FANTE, C. **Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz**. 2. ed. Campinas: Verus, 2005.
- FANTE, C. A. Z. **O fenômeno bullying e as suas consequências psicológicas**. Disponível em: <www.psicologia.org.br/internacional/pscl84.htm>. Acesso em: 17 jun. 2006.
- FIORI, B. **Bullying: como ajudar seu filho**. Disponível em: <www.alobebe.com.br/site/revista/reportagem.asp?texto=317>. Acesso em: 12 mar. 2007.
- LOPES NETO, A. A. **Bullying: comportamento agressivo entre estudantes**. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=si_arttext&pid=S0021-75572005000700006>. Acesso em: 17 jun. 2006.
- NOGUEIRA, R. M. C. P. A. **A prática de violência entre pares: o bullying nas escolas**. Disponível em: <www.rieoie.or/rie37a04.htm>. Acesso em: 19 ago. 2006.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **O mundo da criança**. 8. ed. Portugal: Mc Graw Hill, 2001.
- SALGADO, E. **Bullying semente do desumano**. Disponível em: <www.elisabethsalgadoencontrando voce.com/bullyingsemente_do_desumano.htm>. Acesso em: 15 mar. 2007.
- SOUZA, V. H. S.; MOZACHI, N. **O hospital: manual do ambiente hospitalar**. 2. ed. Curitiba: Manual Real, 2005.

Monografia

SATISFAÇÃO DE PESSOAS SUBMETIDAS À CIRURGIA

Rosa Rita da Conceição Marques¹
Viviane Cezar de Oliveira²

RESUMO

Nos últimos anos, tem sido observado um aumento alarmante na incidência da obesidade no Brasil e no mundo, configurando um problema de Saúde Pública, podendo acarretar sérios danos à saúde, aumentar de 10 a 15 vezes o risco de morte e levar muitas vezes esses obesos a optarem pela cirurgia bariátrica como último recurso para adquirir o peso ideal. Este estudo teve como objetivo investigar a satisfação de pessoas submetidas a essa cirurgia. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado na cidade de João Pessoa. A amostra foi composta por dez pessoas submetidas à cirurgia bariátrica. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário estruturado contendo questões sobre satisfação dos participantes acerca da cirurgia bariátrica, considerados os seguintes aspectos: motivo, conhecimento, complicações pós-operatórias e satisfação após a cirurgia. Os dados foram analisados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005) e discutidos de acordo com a literatura pertinente. O DSC dos participantes possibilitou identificar que a cirurgia é complexa; a adaptação aos novos hábitos alimentares não é fácil; é essencial bom preparo emocional, pois a perda de peso também requer conscientização; os pacientes libertam-se de seus corpos obesos quando fazem a cirurgia bariátrica, mas em muitos casos não se libertam de seus personagens mórbidos, que os acompanham por muitos anos, porém todos os operados são unânimes em afirmar que o sacrifício vale à pena, no entanto, é importante ressaltar a decisão de submeter-se a uma intervenção cirúrgica como uma opção pela saúde e não simplesmente pela beleza ou estética.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Satisfação.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Sua prevalência vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas e os custos com suas complicações atingem cifras de bilhões de dólares. Considera-se obesidade quando, em homens, há mais do que 20% de gordura na composição corporal e, em mulheres, mais do que 30% (COUTINHO, 1998; PI-SUNYER, 1995; PÓVOA, 1998; WHO, 1997 *apud* SEGAL, 2000).

Para Burdak (2006) é reduzido o número de casos de obesidade por causas fisiológicas ou de origem hormonal, e pesquisas recentes confirmam que há um componente genético importante na etiologia da obesidade, entretanto, é possível ser obeso basicamente em virtude do estilo de vida, na ausência de uma história familiar (genética de obesidade).

Segundo Deitel (2006), nos Estados Unidos, adultos obesos cresceram em números de 14,25% em 1978 para 31% em 2000. No Reino Unido, o número de adultos obesos cresceu de

¹ Mestre em Saúde Pública. Professora Adjunta da UFPB (Aposentada). Professora e Orientadora da Facene e Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., João Pessoa-PB. Endereço: Rua Tertuliano de Castro, 101, apto. 202 - Bessa. Cep: 58035-170 - Telefones: (83) 3245-4150/88428170. E-mail: rosa.rita@hotmail.com

² Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE, João Pessoa-PB.

6% em homens e 8% em mulheres em 1980, para 21% em homens e 23% em mulheres em 2000. A Organização Mundial da Saúde (OMS), 2002, estima que mundialmente mais de 2,5 milhões de mortes por ano são relativas à obesidade. Destes, ocorrem por ano 220.000 na Europa e mais de 300.000 nos EUA (DEITEL, 2006).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE mostra que no Brasil, no período de 2002 a 2003, o índice de pessoas com excesso de peso era oito vezes maior que a desnutrição entre as mulheres e quinze vezes entre os homens. Hoje, o percentual de pessoas acima do peso no país chega a 40% dos adultos, ou seja, 38,8 milhões de pessoas. Deste total, 10,5 milhões são consideradas obesas, ou seja, 4% da população (LAGE, 2006).

Os pacientes com obesidade mórbida devem ser encarados como portadores de uma doença que ameaça a vida e reduz a qualidade de vida e a autoestima, e que requerem abordagens eficientes para promover uma redução do peso. Esses pacientes são candidatos à cirurgia bariátrica (BJORNTORP, 2003 *apud* OLIVEIRA, LINARDI; AZEVEDO, 2004).

Segundo Coutinho (2006), as cirurgias bariátricas ou de redução de peso funcionam basicamente de duas maneiras: limitando a quantidade de alimento ingerido ou diminuindo a absorção desses alimentos no intestino. As técnicas mais utilizadas combinam esses dois mecanismos, garantindo uma maior eficácia.

O Brasil já é o segundo país do mundo que mais realiza cirurgias da obesidade, perdendo apenas para os Estados Unidos, com cerca de 4 mil procedimentos realizados anualmente. O trabalho desenvolvido no país está em nível de igualdade ao realizado em países da Europa e até mesmo nos EUA. É aqui também onde se encontra a segunda maior entidade desta especialidade, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB), com mais de 600 membros associados (BRASIL..., 2006).

O interesse por esse tema surgiu quando tivemos a oportunidade de acompanhar o sofrimento de alguns parentes e amigos, na condição de obesos mórbidos, que passaram por vários tratamentos médicos para emagrecer, sem sucesso, até a

cirurgia e suas crises pós-cirúrgicas. Diante dessa realidade acreditamos ser interessante pesquisar o tema partindo das seguintes questões norteadoras: o que pensam os indivíduos sobre essa cirurgia? quais as consequências físicas e emocionais em indivíduos que se submeteram a essa cirurgia?

Assim, esta pesquisa é de relevante importância, pois nos leva a ampliar conceitos, idéias, aumentando com isso nosso respaldo científico acerca da obesidade e de seu tratamento médico, o que nos possibilitará uma melhor assistência ao indivíduo submetido à cirurgia bariátrica, nos qualificando como profissionais de enfermagem numa assistência mais humanizada e eficaz.

Dessa forma, o objetivo da presente pesquisa foi avaliar a satisfação de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Esta pesquisa é de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizada em um hospital situado no município de João Pessoa, Estado da Paraíba. A escolha desse hospital se deve ao fato do mesmo possuir um serviço especializado em cirurgia bariátrica e por ter grande parte da demanda por esta modalidade de tratamento neste Estado.

A amostra desta pesquisa foi constituída por dez pessoas submetidas à cirurgia bariátrica. Para a seleção da amostra foram obedecidos os seguintes critérios: aceitar participar do estudo; estar consciente e orientado no tempo e no espaço; estar na faixa etária acima de 18 anos de idade; ter realizado a cirurgia de redução do estômago; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário estruturado contendo questões sobre satisfação dos participantes acerca da cirurgia bariátrica, e considerados os seguintes aspectos: motivo, conhecimento, complicações pós-operatórias e satisfação após a cirurgia.

A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE e encaminhamento de ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE à

direção do hospital onde se realizaram as cirurgias bariátricas, comunicando a pretensão da pesquisa e solicitando a relação dos pacientes que realizaram cirurgias bariátricas nesse hospital.

As entrevistas foram realizadas nos meses de fevereiro e março de 2007, em dias úteis, nos turnos manhã, tarde e noite, seguindo as seguintes etapas: a primeira consistiu de um contato prévio com cada participante, onde foram explanados o objetivo do estudo, a importância da participação e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado pelas pesquisadoras e pelos participantes.

Para a análise dos dados foi focado o método qualitativo. Para essa análise foi empregada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre; Lefèvre; Teixeira (2000), que consiste num conjunto de procedimento que destacam as expressões-chave das falas dos portadores, o que viabiliza o pensamento em forma de síntese e possibilita a interpretação para fundamentação dos resultados. Este processo de análise envolveu as seguintes etapas: selecionar as expressões-chave de cada discurso particular, essas expressões revelam a essência do contato discursivo; identificar a idéia central de cada expressão-chave, essa idéia foi separada em idéias centrais semelhantes e complementares;

reunir as expressões-chave referentes às idéias semelhantes e complementares, em um discurso síntese que é o DSC.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Satisfação dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica

Para avaliar a satisfação de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica foram considerados os seguintes aspectos: motivo, conhecimento, complicações pós-operatórias e satisfação após a cirurgia, os resultados foram apresentados em forma de quadros e gráficos e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

O motivo que levou as pessoas a se submeterem à cirurgia bariátrica, o Quadro 1 evidencia quatro idéias centrais: (1) "por problemas de saúde"; (2) "por problema estético e autoestima"; (3) "por não ter força de vontade de fazer dietas" e (4) "por ver o bom resultado dessa cirurgia em meu marido".

Analisando as quatro idéias centrais, percebe-se que o DSC destaca a saúde e a estética como principais razões que levam um obeso mórbido a procurar essa cirurgia. No entanto, a cirurgia bariátrica deve ter

Idéia Central 1	Discurso do sujeito coletivo
Por problemas de saúde.	"[...] eu estava muito pesado, com vários problemas de saúde". "[...] pelos problemas de saúde como a hipertensão e dores articulares". "[...] pela saúde foi a principal razão". "[...] pelos picos de pressão, a esteatose hepática de grau III [...]".
Idéia Central 2	Discurso do sujeito coletivo
Por problema estético e autoestima.	"[...] por problemas estéticos que a obesidade estava me causando". "[...] por questão de auto-estima, não aceitava ser obesa."
Idéia Central 3	Discurso do sujeito coletivo
Por não ter força de vontade de fazer dietas.	"[...] eu não tinha mais força de vontade de fazer regimes". "[...] não aceitava ser obesa e não agüentava mais fazer dieta". "[...] cada vez que parava de fazer dieta, engordava mais, aí optei por uma solução mais drástica [...]".
Idéia Central 4	Discurso do sujeito coletivo
Por ver o bom resultado dessa cirurgia em meu marido.	"[...] nunca tive problemas de saúde, mas tinha tendência à obesidade e o meu marido que tinha feito, estava perdendo peso demais, por isso que eu fiz [...]".

Quadro 1 - Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto ao questionamento: Qual motivo que levou o(a) senhor(a) a realizar a cirurgia?

como objetivo principal a melhora da qualidade de vida através da perda de peso.

A idéia central 1 mostra que os participantes realizaram a cirurgia por motivos de saúde numa busca de aumento da expectativa de vida e gozo de plena saúde. A idéia central 2 revela que aqueles que optaram pela estética e melhoramento do padrão estético, aumentando assim sua autoestima com esse procedimento, porém, essa cirurgia não é recomendada para fins estéticos e sim para tratamento da obesidade mórbida (FANDIÑO, *et al.* 2007). O fato da ineficácia em tratamentos convencionais para a obesidade mórbida, mostrado na idéia central 3 é um determinante na decisão da realização da cirurgia, pois esta é o último recurso no tratamento da obesidade, devendo primeiramente se tentar o tratamento clínico, com dietas, nutricionista e exercícios físicos.

O conhecimento a respeito da cirurgia bariátrica, no Quadro 2, evidenciam-se três idéias centrais: (1) "sabia por conhecer pessoas que haviam realizado essa cirurgia"; (2) "sabia por veículo de comunicação" e (3) "não sabia quase nada".

Analisando as três idéias centrais, o DSC revela a falta de informação dessas pessoas quanto ao procedimento que estariam submetidas.

A idéia central 1 demonstra que os

que acompanharam de perto o processo pré, trans e pós-operatório da cirurgia bariátrica de outras pessoas têm uma idéia mais abrangente dos pró e contra dessa cirurgia, mas isso não significa uma recuperação sem dificuldades, quando as mesmas são submetidas.

A idéia central 2 demonstra que é notória a importância do rádio e televisão como veículo de informação acerca da melhora na qualidade de vida das pessoas, embora o conhecimento de tais informações não implique na adoção de comportamentos preventivos da obesidade.

Na idéia central 3, mostrou-se que a maioria dos entrevistados tinha pouco ou não tinha conhecimento algum a respeito dessa cirurgia, mas ao decidir realizá-la, procurou-se por profissionais para tirar suas dúvidas e amadurecer a idéia. No entanto, todos concordam que essa decisão tem que ser bem pensada, porque essa cirurgia, em muitos casos, é irreversível e a mudança em suas vidas também será.

Em se tratando do que melhorou na vida após a cirurgia, os entrevistados no Quadro 3, mostram uma única idéia central: (1) "Tudo, em todos os sentidos. A saúde, a estética, a autoestima, o emocional. Minha vida mudou 100%", revelando a plena satisfação desses cirurgiados e em quais aspectos estão mais evidenciados. A saúde,

Idéia Central I	Discurso do sujeito coletivo
Sabia por conhecer os pessoas que haviam realizado essa cirurgia. era	"[...] tudo porque minha tia já tinha realizado e eu acompanhei todos passos, eu cuidei dela". "[...] sabia muito porque eu acompanhei todo processo do meu marido que fez há 2 anos atrás". "[...] sabia que um sofrimento grande no pós-operatório, havia mudanças na alimentação".
Idéia Central 2	Discurso do sujeito coletivo
Sabia por veículo de eu comunicação.	"[...] vi uma entrevista na televisão e resolvi me consultar para ver se estava apto a realizá-la [...]".
Idéia Central 3	Discurso do sujeito coletivo
Não sabia quase nada. e	"[...] não sabia quase nada, mas resolvi ir às reuniões com cirurgiados familiares e me inteirei do assunto". "[...] sabia muito pouco, mas que era um método radical, que teria restrições alimentares e acompanhamento psicológico". "[...] eu não sabia praticamente nada

da

Idéia Central I	Discurso do sujeito coletivo
Tudo, em todos os sentidos. A saúde, a estética, a autoestima, o emocional. Minha vida mudou 100%.	<p>"[...] Tudo, não teve nada que piorasse". "[...] Tudo, hoje eu encontro roupas que cabem, ando de cavalo, posso deitar numa rede sem quebrar".</p> <p>"[...] Tudo, só de não ser uma obesa, já é uma coisa! Eu me canso menos, tenho agilidade, me sinto uma miss Brasil". "[...] Tô mais disposto, tranquilo, melhorou 100%". "[...] A estética, né? Eu usava 52 agora tô com 38. Tá bom demais". "[...] Tudo. Minha autoestima, articulação, circulação. Foi a melhor coisa da minha vida". "[...] Tudo, é uma questão de autoestima, de saúde, querer viver, ficar bonita. É uma vida nova". "[...] Além de melhorar a saúde, eu fiquei mais calma, me sentindo mais bonita e mais disposta". "[...] Tudo, em todos os sentidos, minha vida mudou 100%". "[...] Só a estética já é um grande lucro, eu não canso tanto como antes, tenho mais disposição, meu emocional melhorou".</p>

Quadro 3- Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto ao questionamento: O que melhorou na vida do(a) senhor(a) após a cirurgia?

para a maioria deles, vem em primeiro lugar, seguida da melhora na autoestima e no emocional, propiciando uma melhora na qualidade de vida.

Segundo Sousa (2006), os resultados podem ser mensurados em termos de ganho de saúde ou melhora dos problemas causados pela obesidade: pessoas com hipertensão arterial voltam a tê-la normal após o emagrecimento provocado pela cirurgia ou, em uma menor proporção de casos, podem precisar de uma dose menor de medicamento. Raramente apenas, o paciente pode não ter nenhuma melhora dos níveis de pressão arterial após a cirurgia. Outro exemplo similar acontece com os diabéticos ou, mesmo quando ainda precisam dos medicamentos (menos frequentemente), o fazem com uma dose menor.

E assim, acontece com a imensa maioria das complicações da obesidade, como é o caso da hipercolesterolemia (aumento das taxas de colesterol no sangue), dos problemas ortopédicos, pacientes com gota (doença causada pelo aumento do ácido úrico no sangue); mulheres obesas com infertilidade (geralmente causada pela própria obesidade) voltam a ter a possibilidade de engravidar após perder peso (SOUSA, 2006).

Os aspectos psicológicos também são melhorados, por sentirem mais acolhidos e aceitos pela sociedade, assim como poder realizar atividades banais que antes eram impossibilitados pelo excesso de peso.

No tocante do que piorou na vida após a cirurgia, o Quadro 4 demonstra que houve

duas idéias centrais: (1) " nada piorou, há uma readaptação ao novo estilo de vida. " e (2) "algumas coisas mudaram: vômitos, queda de cabelo, unhas fracas, mudanças metabólicas, enjôo ao comer doces e frituras, refluxo, aumento no consumo de álcool e fumo e ansiedade.", retra-tando as principais mudanças na vida dos cirurgiados e suas dificuldades em lidar com elas, principalmente quando não estão preparados para essas mudanças ou não estão comprometidos com o tratamento a longo prazo, exigido nesse procedimento.

Segundo Mottin (2007), algumas pessoas vomitam bastante após a cirurgia, geralmente por excesso na velocidade de ingestão e falta de mastigação adequada, que pode ser resolvido com a reeducação do modo de se alimentar e da quantidade de ser ingerida em um período de tempo. As carências nutricionais são muito frequentes em pacientes sem acompanhamento especializado, sem reposição de suplementos adequados. Outra complicação é o desenvolvimento de colelitíase (cálculos biliares) após o emagrecimento. Queda de cabelo, obstrução intestinal, anorexia com excessiva perda de peso inadequada. Ocasionalmente, ocorrem problemas com alguns tipos de alimentos, com intolerância, resultando em dumping, diarreia e ataques hipoglicêmicos (MOTTIN, 2007).

No que se trata da autoestima dos entrevistados após a cirurgia bariátrica, como se vê no Gráfico 1, nenhum deles respondeu que a autoestima piorou com a cirurgia; 10% (1) referiram a mesma

Idéia Central 1	Discurso do sujeito coletivo
Nada piorou, há uma readaptação ao novo estilo de vida.	“[...] Piorar, acredito que nada, há uma questão de se adaptar ao novo estilo de vida. É mais mudança de hábito que qualquer outra coisa”. “[...] Nada piorou, só tive a ganhar. Tive tendência a retornar, mas procuro evitar isso”. “[...] Nada, absolutamente. Há uma readaptação no estilo de vida, mas nada se compara aos benefícios que ela me trouxe.”
Idéia Central 2	Discurso do sujeito coletivo
Algumas coisas mudaram: vômitos, queda de cabelo, unhas fracas, mudanças metabólicas, enjôo ao comer doce e frituras, refluxo, aumento no consumo de álcool e fumo e ansiedade.	“[...] Algumas coisas que eu não tinha passei a ter: vômitos, passar mal quando como doces, frituras, ter que fazer atividade física”. “[...] Não é que tenha piorado, mas algumas coisas mudaram: tenho vontade de comer e não posso, meu estômago não cabe; vomito sempre e quando tô estressada, então...Sinto mal-estar e vontade de vomitar para aliviar; tudo que eu como, acho que engordei, minha cabeça não tá muito legal a respeito disso não”. “[...] Algo mudou: o consumo de bebida aumentou consideravelmente, vômitos quando excedo na alimentação, às vezes vomito até com água. Acho que o psicológico influencia muito nisso”. “[...] Bem, minhas taxas tão alteradas, tô com queda de cabelo, unhas fracas e medo de emagrecer demais e perder o controle”. “[...] Às vezes fico meio impaciente. Acho que é a forma de descontar a ansiedade quanto à alimentação. Eu não bebia, hoje bebo”. “[...] Houve uma mudança drástica no metabolismo e uma vontade grande de fumar e beber. Tive refluxo, vômitos e enjôos a doces.”

Quadro 4- Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto ao questionamento: O que piorou na vida do(a) senhor(a) após a cirurgia?

autoestima de antes da cirurgia; 30% (3) relataram melhora em sua autoestima e a grande maioria, 60% (6) confessou que sua autoestima está muito melhor após a cirurgia.

O obeso tem consigo uma valoração negativa sobre sua competência, já que falhou muitas vezes num comportamento tão básico como o de se alimentar. Sua sensação é de falência e sua avaliação fica presa nesse ciclo vicioso de perder peso e,

depois, invalidar todo seu sacrifício.

Na entrevista, verificou-se que muitos referiram uma considerável melhora da autoestima após a cirurgia, estando essa diretamente ligada à estética. Muitos relataram as novas experiências de poder comprar roupas de tamanhos “regulares” e não necessariamente ter que procurar lojas de “gordinhos”, no entanto, alguns referiram não se sentirem completos por haver em seus corpos um excesso de pele

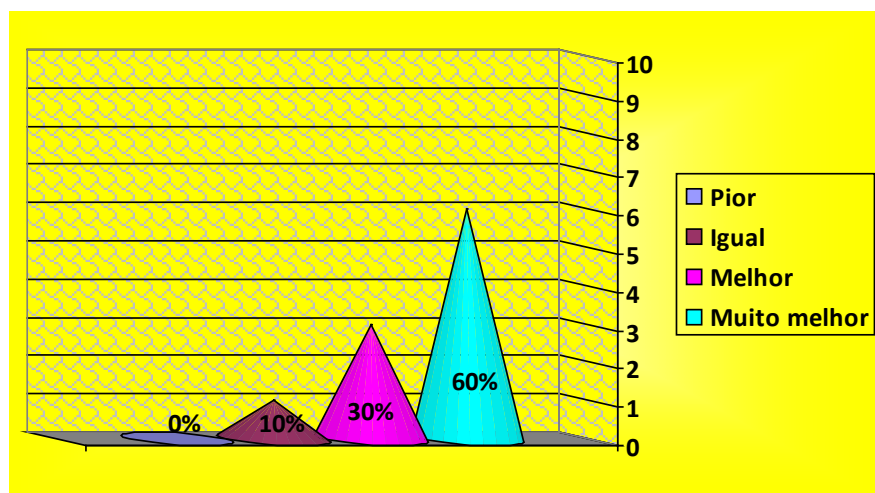


Gráfico 1- Distribuição das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica segundo a autoestima pós-cirurgia. João Pessoa-PB, 2007.
Fonte: Pesquisa direta.

provocado pelo emagrecimento.

Para Colaneri (2007), a correção das deformidades geradas pelo grande emagrecimento, através de ressecção de pele e remodelamento corporal, tem como objetivo não só a estética, mas também a elevação da autoestima, aceitação social, completando a qualidade de vida tão almejada.

Contemplando a participação social dos entrevistados após a cirurgia bariátrica no Gráfico 2, revelou-se que nenhum dos participantes referiu menor sua participação social; 30% (3) disseram manter a mesma atividade social de antes da cirurgia; 30% (3) consideram maior sua participação e 40% (4) relataram está muito maior sua participação social pós-cirurgia.

A cirurgia bariátrica gera uma relevante mudança no repertório comportamental/emocional das pessoas obesas mórbidas que se submetem a essa cirurgia, fazendo-as se sentir melhor e mais seguras com o novo corpo, adotam novas formas de comportamento, alterando

significativamente a forma de se relacionar com o mundo e consigo própria. Nota-se que, com o decorrer do tempo pós-cirúrgico e com o conseqüente alcance ou quase da meta de peso desejada, a competência social dos pacientes vai se incrementando, como denota as porcentagens da pesquisa.

Os entrevistados relataram que na medida em que suas roupas vão voltando a caber e a dieta já esteja estabelecida, os vínculos com a sociedade vão se estreitando e sua vida social vai fluindo por se sentirem mais confortáveis consigo mesmos e mais aceitos pelos outros.

Analisando as respostas sobre a participação em atividade física pós-cirurgia, no Gráfico 3 vê-se que nenhum dos entrevistados referiu ter uma participação menor agora do que antes do procedimento cirúrgico; 50% (5) confessaram que suas participações em atividades físicas continuam a mesma de antes de serem submetidos à cirurgia; 40% (4) relataram que a participação melhorou pós-cirurgia e

Gráfico 2- Distribuição das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica segundo a participação social pós-cirurgia. João Pessoa-PB, 2007.
Fonte: Pesquisa direta.

Gráfico 3- Distribuição das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica segundo a participação em atividades físicas pós-cirurgia. João Pessoa-PB, 2007.
Fonte: Pesquisa direta.

apenas 10% (1) admitiram uma participação bem maior nessas atividades.

A vida sedentária e a falta de atividade física têm sido implicadas como grandes vilãs na obesidade, e a introdução do exercício físico e do esporte é vital em uma vida saudável. É extremamente importante que não apenas os hábitos alimentares sejam modificados após a cirurgia bariátrica, mas que a introdução do exercício físico seja mais um dos passos em direção a uma nova postura em relação a sua saúde e seu estilo de vida (CENTRO..., 2006).

Verificando as respostas das pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, quanto a sua satisfação no Gráfico 4, pode-se constatar que 100% (10) dos entrevistados mostraram satisfação da realização desta.

Apesar da sua natureza invasiva, a cirurgia bariátrica tem apresentado uma taxa de sucesso consistente, promovendo em média 50% de redução do excesso de peso com manutenção dessa redução a longo prazo, em muitos cirurgiados.

A taxa de mortalidade na cirurgia bariátrica é menor que 1% e suas complicações menores que 10% (apenas 1% de complicações de risco). A tendência atual é a gradativa substituição da via cirúrgica tradicional pela laparoscópica, com resultados de redução de peso semelhantes, acompanhada das vantagens da videolaparoscopia.

Há diferentes tipos de cirurgia bariátrica, umas com resultados muito mais eficazes que outras. O sucesso da cirurgia vai depender, em última análise, da determinação e consciência do paciente, do médico e de sua equipe e do método escolhido

para a redução. No entanto, todas as cirurgias para redução de peso são capazes de oferecer nova perspectiva de vida às pessoas portadoras de obesidade mórbida (OLIVEIRA, 2007).

Em nossos relatos colhidos, os entrevistados têm consciência que sua luta contra a obesidade não acaba com a cirurgia, que essa cirurgia não é uma solução mágica, ou seja, terão sempre que controlar a dieta e fazer exercícios físicos para não engordar. Manter o peso e a saúde estáveis depois da cirurgia bariátrica é, de fato, um verdadeiro desafio, e que seus deslizes na conduta de uma nova vida são conscientes e passíveis de mudanças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como toda doença estigmatizante, a sociedade tenta encontrar defesas pessoais para justificar de forma errônea quais os motivos que levam uma pessoa a ser portadora de obesidade mórbida, e essas metáforas são umas das formas pelas quais a sociedade se utiliza. Atualmente, fala-se de epidemia e até pandemia de obesidade assolando o mundo, que precisa ser tratada como uma das prioridades pelas autoridades de saúde do país. Precisa-se de mais programas de prevenção, para que as pessoas não cheguem a uma situação de necessitar da cirurgia bariátrica, pois esta não pode ser vista como modismo da estética, já que apresenta risco de mortalidade no operatório e pós-operatório.

Quando se trata da satisfação sobre a cirurgia realizada, o DSC dos participantes dessa pesquisa possibilitou identificar que

Gráfico 4- Distribuição das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica segundo a satisfação quanto aos resultados da cirurgia. João Pessoa-PB, 2007.
Fonte: Pesquisa direta.

a cirurgia é complexa e alguns não têm o conhecimento adequado e/ou suficiente para tomar uma decisão que mudará o resto das suas vidas; a adaptação aos novos hábitos alimentares requer perseverança e autocontrole; é essencial bom preparo emocional; os pacientes libertam-se de seus corpos obesos quando fazem a cirurgia bariátrica, mas em muitos casos não se adaptam facilmente à nova vida, porém todos os operados são unâni-mes em afirmar que o sacrifício vale a pena.

É necessário que o paciente que se submete à cirurgia tenha consciência de que precisa desenvolver maior autonomia e responsabilidade pelo cuidado com a própria vida, conseguir sua emancipação. Essa autorreflexão deve ser realizada antes e após a cirurgia, para que o indivíduo possa compreender e viver melhor com sua nova identidade.

É importante ter em mente que a cirurgia não é uma garantia de sucesso, mas

é a última chance de perder peso e manter-se magro, porém, os resultados dependem da força de vontade dos pacien-tes para adotar uma estratégia de perda de peso a longo prazo com uma alimentação saudável e atividades físicas regulares.

Por isso é importante ressaltar a decisão de submeter-se a uma intervenção cirúrgica como uma opção pela saúde e não simplesmente por estética.

REFERÊNCIAS

BRASIL é o segundo país em número cirurgias de obesidade. Disponível em: <<http://www.eagora.com.br/ler.php?idnew=20698>>. Acesso em: 28 ago. 2006.

BURDAK, A. **Obesidade**. Disponível em: <<http://www.alexburdak.com.br/obesidade.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2006.

CENTRO de Cirurgia da Obesidade. Disponível em: <<http://www.obesidademorbida.com.br/>>

SATISFACTION OF PEOPLE SUBMITTED TO THE BARIATRIC SURGERY

ABSTRACT

In the latest years, an alarming increase in the incidence of the obesity in Brazil and around the world has been observed configuring a Public Health problem, being able to cause serious health damages, to increase from 10 to 15 times the death risk and to take many times these obese people to opt to the bariatric surgery as last resource to acquire the ideal weight. This study had as objective to investigate the satisfaction of people submitted to this surgery. It is about a exploratory-description study with qualitative approach, realized in the João Pessoa city. The sample was composed for ten people submitted to the bariatric surgery. The instrument used for the collection of data was a structuralized form contends questions on satisfaction of the participants concerning the bariatric surgery, considered the following aspects: reason, knowledge, postoperative complications and satisfaction after the surgery. The data were analyzed through the technique of the Subject Colective Speech (SCS) proposal for Lefèvre and Lefèvre (2005) and argued in accordance with pertinent literature. The SCS of the participants of this made possible to identify that the surgery is complex; the adaptation to the new alimentary habits is not easy; good emotional preparation is essential, therefore the loss of weight also requires awareness; the patients become free themselves of its obese bodies when they make the bariatric surgery, but in many cases, they are not become free of its morbid characters, who follow them for many years, however all the operated ones are unanimous in affirming that the sacrifice worthed, however, is important to stand out the decision to submit to a surgical intervention as an option for the health and not simply for the esthetic or beauty.

Key-words: Obesity. Bariatric Surgery. Satisfaction.

index.htm >. Acesso em: 21 set. 2006.

COLANERI, A. G. F. **A importância da cirurgia plástica pós- obesidade.** Disponível em: <<http://www.cirurgiaestetica.com.br/artigos/importancia-da-cirurgia-plastica-pos-obesidade.asp>>. Acesso em: 28 abr. 2007.

COUTINHO, W. **As cirurgias para emagrecer.** Disponível em: <www.emagrecimento.com.br>. Acesso em: 30 ago. 2006.

DEITEL, M. **Overweight and obesity worldwide now Estimated to involve 1.7 billion people.** Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/set/overweighth%201,7bilhion%20people.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2006.

FANDIÑO, J. et al. **Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000100007>. Acesso em: 13 mar. 2007.

LAGE, J. **Obesidade atinge mais que a desnutrição no país.** Disponível em: <<http://www.crmariocovas.sp.gov.br/noticia.php?it=5918>> Acesso em: 28 ago. 2006.

LEFÉVRE, F. LEFÉVRE. A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: EDUSC, 2000.

MOTTIN, Cláudio Corá. **CCO.** Disponível em: <<http://www.centrodaobesidademorbida.com.br/COM/Main/..%5CFaq%5CFaq.aspx>> Acesso em 14 maio 2007.

OLIVEIRA, Marcelo Roque de. **Vida saudável: a luta do ex-obesos.** Disponível em: <<http://www.correiodointerior.com.br/paginas/ler.php?id=8078>> Acesso em: 07 maio 2007.

OLIVEIRA, V. M. de; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. de. **Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos.** *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 31, n. 4, p.199-201, 2004.

SOUSA, G. S. **Obesidade mórbida: informações para leigos.** Disponível em: <<http://pagina.de/obesidademorbida>>. Acesso em: 05 set. 2007.

Monografia

USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL ENTRE OS GARIS NA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB

Thallytta Thamara da Silva Guimarães¹

Paulo Emanuel Silva²

Ana Cristina de Oliveira e Silva³

Gisetti Corina Gomes Brandão⁴

RESUMO

A profissão de gari surgiu no tempo do Império, na cidade do Rio de Janeiro, quando foram entregues os serviços de limpeza pública a uma iniciativa privada, sob a responsabilidade do francês Aleixo Gary e de seu irmão, desde então os trabalhadores da coleta de lixo passaram a ser chamados de garis, uma homenagem aos irmãos Gary. O trabalho objetivou caracterizar a população de estudo quanto ao sexo, faixa etária e condições socioeconômicas, averiguar a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) entre os profissionais garis, identificar as patologias mais comuns entre esses profissionais, bem como verificar a relação do não-uso dos Equipamentos de Proteção Individual com as patologias apresentadas e identificar os riscos ocupacionais mais comuns entre esses profissionais. O estudo utilizou o enfoque descritivo com abordagem quantitativa, contando com uma amostra de 112 participantes. Os resultados nos permitiram classificar a amostra em três subgrupos, sendo um grupo de profissionais que não fazem uso de EPI's, o segundo são os profissionais que fazem uso de EPI's e se acidentaram, e o terceiro fazem uso de EPI's e não se acidentaram. Vale ressaltar que o terceiro grupo atingiu um grande percentual representado por 70 profissionais. As doenças prevalentes nos profissionais pesquisados foram a dengue, doenças de pele e hipertensão. Os resultados sugerem que os garis em estudo necessitam da intervenção de profissionais de saúde no sentido de orientá-los não apenas sobre a importância, mas sobre o uso correto dos EPI's, no sentido de minimizar as doenças ocupacionais.

Palavras-chave: Equipamento de Proteção Individual. Riscos de acidentes. Saúde no trabalho.

INTRODUÇÃO

Ao passarmos por locais de circulação pública, geralmente observamos o seu estado de conservação, principalmente a limpeza e nunca pensamos nos profissionais que executam essa tarefa. Os garis ou "lixeiros", como genericamente são chamados, são prestadores de serviço encarregados pela limpeza de vias públicas, podendo ser funcionários de companhias municipais, estaduais ou terceirizadas, prestadoras de serviços.

Os garis têm como atividade recolher o lixo acumulado nas ruas, nas lixeiras, nos estabelecimentos públicos e privados, lixo de residências, escolas, assim como em fontes especiais, a exemplo de lixo hospitalar, industrial, radioativo e fábricas (quando

¹ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

² Enfermeiro graduado pela UEPB. Especialista em Administração dos Serviços de Saúde - UFPB. Mestrando em Ciências das Religiões – UFPB. Professor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. Endereço: R. Tabelação Erinaldo Nunes de Oliveira, 635, apt 201, Jardim Cidade Universitária. Cep: 580852-285. Tel.: (83) 8801-5570. E-mail: pauejp@hotmail.com ; paulo@facene.com.br

³ Enfermeira graduada pela UFPB. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Professora da Universidade Federal da Paraíba.

⁴ Enfermeira graduada pela UEPB. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Professora da

não tóxico ou perigoso); são responsáveis também pela varrição das ruas, calçadas, praças, capinação e pelo desentupimento de bueiros. (GARIS..., 2007).

Os locais de trabalho desses profissionais variam, podendo ser clínicas, hospitais, edifícios e casas comerciais ou residenciais, as ruas da cidade, as praças, a orla marítima, feiras-livres e qualquer local ou estabelecimento que necessite de limpeza e/ou recolhimento do lixo. São profissionais que se deparam diariamente com sérios riscos a sua saúde.

Esses profissionais estão expostos a situações extremamente perigosas e que podem causar sérios danos à saúde, como carregar peso, caminhar quilômetros varrendo ruas, viajar desconfortavelmente e perigosamente nos caminhões de coleta, ter contato direto com o lixo hospitalar, industrial e entulhos de obras e de ruas, além de permanecer em locais pouco higiênicos e infectados podendo com isso acidentarse e/ou adquirir diversas patologias. (GARIS..., 2007)

De acordo com Columbi; Ferreira; Velloso (1995, 1997, 1995 *apud* Ferreira; Anjos, 2001) existem alguns acidentes, riscos ocupacionais e patologias aos quais os profissionais que são focos deste estudo estão na iminência de adquirir, podendo ocorrer esses incidentes pelo contato com materiais de risco, devido a não ou má-utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI'S); sendo que esses equipamentos objetivam proteger os profissionais dos riscos às exposições a agentes físicos, químicos ou biológicos para preservar a sua saúde, assim como sua integridade física.

Vendrame (2007) diz que os garis são uma classe de trabalhadores que tem contato direto com o lixo, sejam eles domésticos, hospitalares ou industriais. Esses profissionais entram em contato direto com agentes insalubres, principalmente o chorume, que possui carga biológica bem maior que o lixo sólido.

O autor acima destaca ainda que, em função dos riscos oferecidos, os profissionais da categoria têm direito a um adicional de salário chamado insalubridade, esta é uma remuneração extra paga aos trabalhadores que se expõem a situações que ameaçam a sua saúde, como ambientes

poluídos, contatos com doentes, contato com material infectado, e algumas vezes eles recebem adicional de periculosidade quando os profissionais estão expostos a situações de risco de maior gravidade, a exemplo de contato com materiais tóxicos ou radioativos, ou algum outro tipo de perigo.

Ao observarmos trabalhadores deste ramo de atividade, percebemos atitudes um tanto quanto perigosas com relação ao manuseio do lixo, podendo-se inferir, portanto, que ainda é pouco o conhecimento que têm sobre os grandes riscos que eles próprios estão exercendo sobre a sua saúde.

Neste sentido, este estudo se justifica pela necessidade de mais pesquisas sobre o assunto, a fim de que se possa esclarecer e orientar esses trabalhadores quanto à importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI'S) e possíveis patologias adquiridas pela não ou má-utilização desses equipamentos.

Diante do exposto é que surge nossa inquietação no sentido de responder a algumas indagações a partir do problema descrito: Quais patologias são mais comuns entre os profissionais garis? Essas patologias estão relacionadas ao não-uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's)? Quais Equipamentos de Proteção Individual esses profissionais utilizam?

Neste sentido, para responder aos questionamentos levantados, que foram a razão do desenvolvimento deste estudo, traçamos os seguintes objetivos:

- caracterizar a população de estudo quanto ao sexo, faixa etária e condições socioeconômicas.
- averiguar a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual entre os profissionais garis.
- identificar as patologias mais comuns entre esses profissionais.
- verificar a relação do não-uso dos Equipamentos de Proteção Individual com as patologias apresentadas.
- identificar os riscos ocupacionais mais comuns entre esses profissionais.

METODOLOGIA

Esta pesquisa enquadrou-se nos aspectos metodológicos do estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, que, de acordo com Lakatos (2005), é definida como sendo um estudo que busca desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, visando a formulação de problemas ou hipóteses para estudos posteriores; já a pesquisa descritiva tem como principal característica estudar e descrever determinado grupo por faixa etária; sexo; procedência; nível de escolaridade; nível de renda; nível de atendimento em postos de saúde e várias outras características.

De acordo com Tanaka e Melo (2001), a abordagem quantitativa busca descrever significados que são considerados como inerentes aos objetos e atos, por isso é definida como objetiva. Tem como característica permitir uma abordagem focalizada, pontual e estruturada, a coleta de dados quantitativos se realiza através da obtenção de respostas estruturadas e são utilizadas técnicas de análise dedutivas (isto é, par-tem do geral para o particular), podendo ser os resultados generalizáveis.

A pesquisa foi realizada na Autarquia Especial Municipal de Limpeza Urbana (EMLUR), no município de João Pessoa-PB. A população foi composta pelos garis que trabalham na referida autarquia, e a amostra foi composta por 112 garis que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após esclarecimento dos objetivos e da justificativa do presente estudo.

Para responder às nossas indagações foi utilizado um formulário de entrevista, por ser de mais fácil aplicação, porque o mesmo tem o requisito de ser aplicado a qualquer pessoa, alfabetizado ou não, e onde o pesquisador pode preencher ou orientar, com questões objetivas e subjetivas, as quais procuraram caracterizar a amostra com itens inerentes ao objetivo do trabalho.

Os dados foram coletados após a autorização do Comitê de Ética da FACENE, levando em consideração a resolução 196/96 (BRASIL, 2000), que trata dos aspectos éticos envolvendo seres humanos.

Os pesquisadores levaram também em consideração o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução

nº 311/07, que garante a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários, na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população. (COFEN, 2007).

Para a análise, os dados foram agrupados e tabulados em um banco de dados de microcomputador, que forneceu o tratamento estatístico descritivo, demonstrando números percentuais e absolutos para a discussão e apresentação dos dados, que foram feitos sob a forma de quadros e gráficos, posteriormente os resultados foram analisados e discutidos com base na literatura pertinente.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

Nossa amostra contou com a participação de 112 colaboradores, os quais serviram de base para a caracterização sociodemográfica, no entanto, essa amostra foi subdividida em três subgrupos que foram analisados separadamente, após a caracterização geral do total de participantes.

Caracterização geral dos participantes do estudo

A distribuição da amostra segundo o sexo contou com 55,5 % (61) dos participantes como sendo do sexo masculino e 45,5 % (51) do sexo feminino. Por se tratar de uma atividade que requer muito esforço físico por parte dos trabalhadores, é natural um alto índice em relação ao sexo masculino, no entanto temos que levar em consideração que devido à falta de opções, essa atividade se torna um meio de sobrevivência para todos, independente do sexo.

É interessante frisar que no mundo hodierno, houve uma ampliação da inserção da mulher no mercado de trabalho, principalmente a partir da globalização, onde se percebe que a mulher vem deixando suas atividades domésticas como

função primordial, para procurar o mercado de trabalho como forma de complementar suas atuações, assim como a renda familiar.

Quanto à faixa etária, 1,8% (02) dos participantes do estudo estão com idade abaixo de 30 anos; enquanto 33,9% (38) estão na faixa etária entre 30 a 40 anos; 34,8% (39) na faixa etária entre 41 a 50 anos; 27,7% (31) estão entre 51 a 60 anos e 1,8% (02) possuem idade acima de 60 anos. É importante notar que a amostra confi-gurada com idade acima de 60 anos, trabalha na profissão a mais de 5 anos, provavelmente estão na profissão desde sua juventude, fato que não foi levantado no questionário.

Com relação ao estado civil, 46,5% (52) são casados; enquanto 41,1% (46) são solteiros; 6,2% (07) são viúvos e 6,2% (07) são divorciados. No entanto, vale a pena ressaltar que os participantes que se declararam solteiros, na realidade possuem união estável sem comprovação perante a lei, ou seja, não possuem certidão de casamento.

Quanto ao grau de escolaridade dos participantes do estudo, há um grande percentual dos participantes com o ensino fundamental incompleto, representado por 74,1% (83) da amostra; já 24,1% (27) são analfabetos e 1,8% (19) possuem ensino fundamental completo. Com relação aos participantes que alegaram ter o ensino fundamental incompleto, representado pela maioria, notamos que na verdade esses profissionais são semianalfabetos, muitos deles sabem apenas escrever o nome rudimentarmente. Em consonância com essa argumentação podemos destacar o que

afirma Figueiredo (2003), ao dizer que esta realidade relacionada ao analfabetismo ou semianalfabetismo, reflete o que acontece no âmbito de Brasil, onde existe ainda um índice de analfabetismo alto.

Figueiredo (2003) ressalta que a alfabetização não visa a limitar a competência ao seu nível mais simples (ler e escrever enunciados simples referidos à vida diária), mas abriga graus e tipos diversos de habilidades, de acordo com as necessidades imposta pelos contextos econômicos, políticos ou socioeconômicos.

O Gráfico 1, mostra a renda familiar dos participantes do estudo onde se percebe que 2,7% (03) possuem renda familiar entre R\$ 100,00 e R\$ 210,00 (reais); 42% (47) possuem renda familiar entre R\$ 300,00 e R\$ 385,00 (reais); 9,8% (11) possuem renda familiar entre R\$ 400,00 e R\$ 450,00 (reais); 16,2% (18) possuem renda familiar entre R\$ 500,00 e R\$ 570,00 (reais); 8% (09) possuem renda familiar entre R\$ 600,00 e R\$ 680,00 (reais) enquanto 9,8% (11) possuem renda familiar entre R\$ 700,00 e R\$ 750 reais; 5,3% (06) com renda entre R\$ 800,00 e R\$ 880,00 (reais) e 6,2% (07) possuem renda familiar mensal entre R\$ 1.000,00 e 1.300,00 (reais).

Esses dados revelam uma grande variedade na renda familiar dos participantes do estudo, através deles podemos inferir com relação aos que possuem renda familiar acima de 2 salários mínimos, que provavelmente houve uma junção entre os salários dos cônjuges e filhos, ressaltando que os participantes não foram questionados com relação ao número de filhos e se os mesmos ajudavam no orçamento doméstico.

Conhecendo o profissional gari

Segundo o tempo de trabalho dos profissionais entrevistados, o Gráfico 2 revela que 8% (09) trabalham de 1 a 3

trabalham na varrição de rua; 6,2% (07) trabalham na coleta de lixo; 1,8% (02) trabalham na capinação e 2,7% (03) trabalham na limpeza de banheiro.

Definindo categorias de profissionais de acordo com o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

É interessante frisar, para uma melhor compreensão do estudo que, com relação aos dados inerentes aos objetivos da pesquisa, de acordo com as respostas obtidas, foram identificados três subgrupos, que foram divididos a partir da análise

Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo a sua área de trabalho, João Pessoa, 2007.

da amostra dos profissionais que fazem uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e dos que não fazem uso. Portanto, quanto ao uso dos EPI's, 91,1% (102) dos participantes usam EPI e 8,9% (10) não fazem uso de EPI's.

Subgrupo 1: profissionais que não fazem uso de EPI

Este subgrupo contou com uma amostra de 10 profissionais.

Gráfico 4: Distribuição da amostra segundo o motivo da não-utilização do EPI, João Pessoa, 2007.

Segundo o motivo da não utilização do EPI, o Gráfico 4 mostra que 60% (06) disseram que a empresa não fornecia os equipamentos; 30% (03) alegaram que

coletiva.

Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo os riscos de acidentes, João Pessoa, 2007.

Com relação aos riscos de acidentes entre os profissionais que não fazem uso de EPI, o Gráfico 11, mostra que 70% (07) já se acidentaram e 30% (03) não se

no trabalho, João Pessoa, 2007.

De acordo com os conhecimentos dos participantes com relação aos cuidados de proteção à saúde no trabalho, o Gráfico 6 mostra que 80% (08) deles conhecem os cuidados e 20%(02) não conhecem. Dentre os cuidados mencionados pelos

corde com cacos de vidros ou pregos, e 20% sofreram quedas.

O Quadro 1 mostra as doenças apresentadas pelos garis que não fazem uso de EPI.

sobre o uso dos equipamentos de proteção individual para esses profissionais.

Subgrupo 2: profissionais que fazem uso de EPI e se acidentaram

Nº de profissionais	Doenças apresentadas
03	Não apresentaram doenças
01	Doenças de pele
03	Dengue e doença de pele
01	Dengue, doença de pele e hipertensão
01	Dengue
01	Dengue e hipertensão
01	Cólera

Este subgrupo possui uma amostra de 32 profissionais.

Quadro 1: Doenças apresentadas pelos profissionais, João Pessoa, 2007.

A dengue é a doença que mais acomete os profissionais garis, de acordo com os depoimentos. Isso pode ser explicado pela maior exposição deles aos vetores, o que demonstra que a população, de um modo geral, deveria estar mais consciente sobre os riscos de ser acometida pela dengue, assim como os meios de precaução da sua disseminação preconizados pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 7: Distribuição da amostra segundo os riscos de acidentes, João Pessoa, 2007.

Com relação aos riscos de acidentes entre os profissionais que fazem uso de EPI, o Gráfico 7 mostra que 50% (16) da amostra acidentaram-se com vidros e pregos; 34,3% (11) sofreram quedas (torção, fraturas) e 15,7% (05) foram atropelados.

<p>maior exposição deles aos vetores, o que demonstra que a população, de um modo geral, deveria estar mais consciente sobre os riscos de ser acometida pela dengue, assim como os meios de precaução da sua disseminação preconizados pelo Ministério da Saúde.</p>	
--	--

Gráfico 6: Distribuição da amostra segundo o conhecimento dos cuidados de proteção à saúde

01	doenças de pele
01	Dengue, doença de pele e tuberculose
01	Dengue, hipertensão e cólera

Quadro 2: Doenças apresentadas pelos profissionais, João Pessoa, 2007.

Mesmo fazendo uso de EPI's houve uma grande incidência dos profissionais com relação à exposição à dengue, fato

observado em todos os subgrupos, necessitando da intervenção da vigilância epidemiológica, no sentido de diminuir esse agravo à saúde dos trabalhadores.

05	Dengue e hipertensão
03	Dengue, doença de pele e hipertensão
03	Dengue e cólera
01	Doença de pele e hipertensão
01	Pele, dengue e hanseníase

Quadro 3: Doenças apresentadas pelos profissionais, João Pessoa, 2007.

Neste subgrupo, os profissionais não apresentaram acidentes de trabalho, no entanto, mesmo fazendo uso de EPI's estão expostos a algumas patologias, como configura o Quadro 3. Percebe-se que em todos os subgrupos existe a presença predominante da dengue como patologia citada pelos participantes, assim como doenças de pele e hipertensão. O que nos leva a pensar, que esses profissionais necessitam de orientações não apenas quanto ao uso do EPI, mas provavelmente sobre cuidados com a pele.

Com relação à hipertensão acreditamos que esta variável está ligada ao stress que a atividade de gari oferece, a exemplo do trânsito caótico que atravessa atualmente a cidade de João Pessoa. Onde estes profissionais procuram exercer suas atividades ao mesmo tempo em procuram não sofrerem acidentes de trânsito.

Gráfico 8: Distribuição da amostra segundo o conhecimento dos cuidados de proteção à saúde no trabalho, João Pessoa, 2007.

O Gráfico 8 diz respeito aos conhecimentos dos profissionais acerca dos cuidados de proteção à saúde no trabalho, onde se percebe que 81,2% (26) da amostra conhecem os cuidados de proteção à saúde no trabalho e 18,8% (06) não conhecem

de EPI e não se acidentaram

Este subgrupo possui uma amostra de 70 profissionais:

Nº de profissionais	Doenças apresentadas
17	Não apresentaram doenças
03	Hipertensão
01	Cólera
22	Dengue
08	Doença de pele
06	Doença de pele e dengue

Gráfico 9: Distribuição da amostra segundo o conhecimento dos cuidados de proteção à saúde no trabalho, João Pessoa, 2007.

Quanto aos conhecimentos relacionados aos cuidados de proteção à saúde, percebe-se através do Gráfico 9, que 88,5% (62) possuem conhecimentos, enquanto 11,5% (08) não possuem conhecimentos. De uma maneira geral, os profissionais garis apresentam doenças, no entanto é importante destacar que os profissionais que fazem uso de EPI's apresentam as doenças em um percentual menor, o que mostra a

que podem contribuir para a promoção da saúde desses profissionais analisados. De acordo com Brasil (2002), as atribuições específicas do enfermeiro do trabalho são:

- programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador;
- realizar investigações em ambientes de trabalho e junto ao trabalhador em seu domicílio;
- realizar entrevista com ênfase em Saúde do Trabalhador;
- notificar acidentes e doenças do trabalho, por meio de instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde;
- planejar e participar de atividades educativas no campo da Saúde do Trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou um novo olhar enquanto profissionais de saúde a esses profissionais especiais, que muitas vezes são marginalizados, por causa de estereótipos criados por uma sociedade que ao mesmo tempo em que necessita desse serviço de suma importância para a minimização dos agravos à saúde, discrimina esses profissionais que dedicam uma jornada de trabalho exaustiva para manter a cidade limpa.

No percalço dessa pesquisa pudemos observar que a falta de conhecimentos sobre a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) tem colocado em risco a saúde dos profissionais do estudo. Com isso, há uma grande necessidade de se mostrar a importância da utilização desses equipamentos e do manuseio

correto do lixo, como forma de promover a saúde dos profissionais envolvidos. É importante ressaltar, como sugestão, que foi fruto das observações inerentes a este estudo, que as empresas responsáveis por esses profissionais realizem uma educação continuada com seus funcionários, para tanto, torna-se necessária a capacitação profissional quanto à prevenção de doenças e acidentes.

Este estudo foi de extrema relevância por ter nos proporcionado a possibilidade de nos aproximarmos de profissionais vulneráveis, que necessitam de informações inerentes à prevenção de agravos, porque percebe-se a existência de uma dicotomia, que seria a divergência entre a intenção subjetiva desses profissionais proporcionarem a saúde da população, ao mesmo tempo em que correm riscos de adoecerem, muitas vezes por falta de uma consciência crítica a respeito do manuseio do lixo ou mesmo falta de cuidado, com atitudes que prejudicam sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº196/96**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 2000.

_____. **Saúde do trabalhador**. Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica n. 5)

COFEN. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r311.htm>>.

FIGUEIREDO, M. S. 2003. **A (des)proteção social à velhice**: avaliação a partir dos idosos asilados. Dissertação (Mestrado) - João Pessoa, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão, 2004.

FERREIRA, J. A; ANJOS, L. A. **Aspectos de**

**USE OF EQUIPMENT OF PROTECTION INDIVIDUAL AMONG THE STREET CLEANERS
ON CITY OF JOÃO PESSOA - PB**

ABSTRACT

The profession street cleaner appear into the time of the empire, on city of the Rio de Janeiro, when have been delivered the services of clean public to a private enterprise , under the responsibility of the French Crippled Gary & of your brother, ever since the laborers from collection of trash they underwent the be call of street cleaners, a homage brothers Gary. The work objective feature the population of I study regarding sex, age group conditions partner - economic, see about the utilization from the Equipment of Protection Individual EPI's) among the professionals street cleaners, identify the pathology communicate among those professionals, as well as verify the relation of the no I use from the Equipment of Protection Individual with the pathology she presents identify the ventures occupational communicate among those professionals. The survey uses the focus descriptive with approach quantitative account with a merchandise of 112 participants. The outcomes on the allow classify the sample into three subgroups, being a bevy of professionals that doesn't they do I use of EPI's, the second the professionals what they do I use of EPI's what if they had an accident , & the third they do I use of EPI's haven't you they had an accident. Valley jut what the third group achieved a big percentage represented for 70 professionals. The illnesses prevalence on the professionals researcher have been the dengue fever, diseases of skin hypertension. The outcomes suggests as the street cleaners em I study necessity from intervention of professionals of health in an effort to orient not by merely above the importance, but above the I use correct from the EPI's , in an effort to minimize the illnesses occupational.

keywords: Equipment of Protection Individual. Risks of accidents. Health of the I work.

saúde coletiva e ocupacional associado à gestão dos resíduos sólidos municipais. 2001.

GARIS e outros funcionários de limpeza. **Trabalhadores de serventia.** 2000. Disponível em: <http://www.orientar-se.com/profissoes/guia_profissao.asp?id=210>. Acesso em: 10 mar. 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VELLOSO, M. P., et al. **Processo de trabalho e acidentes de trabalho em coletores de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro.** 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em 09 mar. 2007.

VENDRAME, A. C. **A insalubridade por agentes biológicos.** 2005. Disponível em: http://www.vendrame.com.br/artigos/artigos_ant03.htm>. Acesso em: 10 mar. 2007.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Edusp, 2001.

Monografia

PERCEPÇÃO DAS ADOLESCENTES PRIMÍPARAS ACERCA DO CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Verônica Barbosa Sarmiento¹
Gisetti Corina Gomes Brandão²
Khivia Kiss Barbosa de Sousa³
Anne Jaquelyne Roque Barrêto⁴
Luciana Norões Gomes⁵*

RESUMO

A adolescente grávida está predisposta a um grande número de problemas que se iniciam desde o momento da concepção, visto que a gestação ocorre durante a fase de maturação do organismo feminino, poderá levar a vários distúrbios, tanto para a gestante quanto para o concepto, acarretando enormes prejuízos sociais e familiares em função da desestrutura e desorganização da vida da jovem futura mãe, da sua família e de toda a sociedade, que deve arcar com os custos da assistência e de diversos problemas gerados por uma gravidez precoce. O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, que teve os seguintes objetivos: avaliar os conceitos e os cuidados das mães adolescentes com o recém-nascido, após as orientações recebidas pela equipe da saúde da família; caracterizar a população das adolescentes primíparas quanto à faixa etária, etnia e perfil socioeconômico investigando os conhecimentos sobre os cuidados com o recém-nascido. A população foi composta por todas as adolescentes primíparas atendidas no PSF, totalizando 04 adolescentes. Os dados coletados foram analisados através de quadros ilustrativos com base no Discurso do Sujeito Coletivo, encontrando os seguintes resultados: 75% (3) das adolescentes primíparas estão na faixa etária de 18 anos e 25% (1) está na faixa etária de 19 anos; 25% (1) parda, 25% (1) branca e 50% (2) negras; 75% (3) das adolescentes eram solteiras e 25% (1) vivia em união consensual; 75% (3) das adolescentes entrevistadas não têm o ensino fundamental completo e 25% (1) têm o ensino fundamental completo; 100% (4) das adolescentes primíparas recebem um ou dois salários mínimos. As adolescentes primíparas muitas vezes estão despreparadas para assumir a maternidade precoce, entre outras consequências desse processo, situação esta que aumenta os transtornos para a adolescente e também sua família.

Palavras-chave: Adolescentes primíparas. Recém-nascido. Gestação.

1 INTRODUÇÃO

A adolescente grávida está predisposta a um grande número de problemas que se iniciam desde o momento da concepção, visto que a gestação, ocorrendo durante a fase de maturação do organismo feminino, poderá levar a vários distúrbios, tanto para a gestante

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdades de Enfermagem Nova Esperança Facene. João Pessoa – Paraíba.

² Enfermeira. Mestre em Gestão Educacional. Professora da FACENE e Universidade Federal de Alagoas–UFAL. Endereço: Rua Paulino Pinto, 545, Tambaú, CEP: 58039250 – João Pessoa-Paraíba. Tel.: (83) 88901451. E-mail: gisettibrandao@ig.com.br.

³ Enfermeira. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – Facene. João Pessoa – Paraíba.

⁴ Enfermeira. Especialista Professora da Universidade Federal de Alagoas UFAL e FACENE. João Pessoa – Paraíba.

⁵ Enfermeira. Professora da FACENE. João Pessoa Paraíba.

(anemia, carência nutricional, parada do crescimento, desproporção céfalo-pélvica, infecções urinárias, hiper-tensão arterial) quanto para o conceito (prematuridade, baixo peso ao nascer, doenças respiratórias, má-formações) acarretando enormes prejuízos sociais e familiares, em função da desestrutura e desorganização da vida da jovem futura mãe, da sua família e de toda a sociedade, que deve arcar com os custos da assistência, e de diversos problemas gerados por uma gravidez precoce (maior incidência de cesáreas, abortamento, complicações perinatais e hospitalização). No aspecto social, a grande taxa de abandono e a vitimização das crianças torna o problema ainda mais grave (RICCO; DANELLUZZI; CIAMPO, 2006).

A assistência pré-natal oferece oportunidade única para observar e tratar a gestante por um período que pode ir além dos seis meses. Supervisionar e manter a normalidade da gestação, evitar e controlar riscos, dar apoio e educar as pacientes representam os alicerces da boa assistência pré-natal.

A primeira visita é importante, pois a partir dela a equipe de saúde pode avaliar o risco gravídico antes mesmo de ter acesso a resultados de exames laboratoriais. Para proteger a saúde materno-infantil é preciso que a gestante saiba o que está ocorrendo consigo e com o feto, quais as medidas a tomar e o significado destas. Nesse período, o programa de educação em saúde adquire especial relevância: torna-se necessário que, após a primeira visita, a gestante possa reconhecer sintomas perigosos, que exigem pronto atendimento no período inicial da gestação. Os mesmos cuidados médico-educativos devem estender-se a visitas subseqüentes para que a futura mãe usufrua dos benefícios de uma gestação devidamente controlada. Isso depende, entretanto, do atendimento dos profissionais de saúde no primeiro tri-mestre da gravidez e do comparecimento regular às visitas marcadas nos trimestres seguintes.

Ao se trabalhar com adolescentes primíparas é importante considerar, primeiro, o que significa esta fase, época de crise, mudanças, readaptação com o seu corpo e de novas atitudes frente à vida. Se somarmos a isso o significado de uma gravidez do ponto de vista pessoal, social

e familiar, compreenderemos como a gestação pode ser um evento difícil na vida da adolescente, que com certeza precisa de ajuda para superar essas dificuldades (CANDEIAS, 2006).

Na adolescência, o indivíduo ainda não possui capacidade para racionalizar as conseqüências futuras decorrentes do seu comportamento sexual, deparando-se frequentemente com situações de risco, como a gravidez não planejada ou desejada. A falta de maturidade e dimensionamento dos atos das/dos adolescentes, o preconceito social, a não utilização ou má-utilização dos métodos contraceptivos seriam fatores significativos na abordagem do problema da gravidez.

Assim, consideramos a gravidez na adolescência um grande problema na sociedade, e sendo a maioria de baixa renda, tendo abandonado os seus estudos, muitas vezes despreparadas para assumir a maternidade precoce, entre outras conseqüências desse processo, tal situação aumenta os transtornos para a adolescente e também sua família.

A adolescente que há pouco era criança e que ainda não é mulher completa, vê-se diante do papel de ser mãe e assumir essa responsabilidade "MATERNA", com todo empenho que esse papel representa (RICCO; DANELLUZZI; CIAMPO, 2006).

O cuidado materno constitui um conjunto de ações que permitem à criança desenvolver-se bem. Além de sentir-se rodeada de afeição, a criança precisa de um potencial de cuidados e providências a serem tomadas: o sono tranquilo, a alimentação, a higiene e outros. Reconhecer e saber interpretar corretamente os sinais que o recém-nascido emite, é imprescindível para a sua saúde e o seu bem-estar. Os fatores que impulsionam o cuidado ao recém-nascido são as preocupações maternas primárias, novas responsabilidades e amadurecimento pessoal. Uma primípara adolescente pode estar se sentindo muito jovem ou emocionalmente imatura para assumir a maternidade.

Dentre suas inquietações, é comum persistirem aquelas que a levaram à gravidez precoce como a desilusão, o mau uso ou falta de contracepção, as experiências prematuras de perdas, a separação dos primeiros cuidados, o divórcio dos pais

ou a morte de um familiar. A esses fatores somam-se ainda a rebeldia, a solidão, a baixa autoimagem e a fragilidade de vínculo com as próprias mães (CANDEIAS, 2006).

Entendemos que as adolescentes primíparas devem ter uma assistência direcionando especialmente aos cuidados com o recém-nascido, pois as mesmas, sem experiência, podem sentir dificuldades quanto ao cuidado do seu filho, ou até mesmo de si mesma. Os cuidados diários como a higienização, alimentação, sono, banho e até as formas de transmitir amor e carinho para o recém-nascido podem ser esclarecidos pelos profissionais de saúde que acompanham as adolescentes ainda no pré-natal, visando a minimizar os medos e frustrações que possam surgir com a chegada do bebê.

As adolescentes devem ter um melhor acolhimento, mais assistência e apoio. Observamos essas deficiências na assistência à primípara no período de estágio extracurricular na unidade saúde da família, no município de Teixeira-PB, pois tivemos a oportunidade de atuar na Unidade Saúde da Família durante trinta dias, e sentimos a necessidade de pesquisar a percepção de adolescente primíparas na assistência ao seu filho, pois alguns questionamentos nos inquietaram: Como as adolescentes primíparas cuidam dos seus recém-nascidos?

A nossa pesquisa terá relevante importância visto que o tema em tela permite no contexto da mulher adolescente no seu ciclo gravídico puerperal, pois abordaremos a análise dos conhecimentos sobre os cuidados ao recém-nascido prestados pela adolescente primípara, ao qual contribuirá para ampliação da assistência na educação em saúde aos primeiros passos, como também no ensino e pesquisa.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar os conhecimentos e os cuidados das mães adolescentes primíparas, com o recém-nascido após as orientações recebidas pela equipe de saúde da família.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a população das adolescentes primíparas quanto à faixa etária, etnia e

perfil socioeconômico.

- Investigar os conhecimentos das adolescentes primíparas sobre os cuidados com o recém-nascido.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, foram apresentados os caminhos percorridos para viabilização de todo o processo de pesquisa, ou seja, mostramos os pressupostos metodológicos que foram utilizados durante o estudo.

Pesquisa é o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. Tem como objetivo principal descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos (GIL, 1999).

Para a realização de um estudo com características científicas, o pesquisador deve estar atento ao conjunto de atividades orientadas que deve ser percorrido, para o alcance de determinado conhecimento.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, criando problemas e hipóteses para pesquisas posteriores, envolvendo levantamentos bibliográficos, documental e entrevistas não padronizadas. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição de características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2002).

A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação das modalidades de coleta de informações, quanto ao tratamento delas por meio de técnicas estatísticas simples, às mais complexas (RICHARDSON, 1999).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família Jardins, localizada à Rua: Nilo Peçanha, S/Nº, no bairro Jardins, no município de Cabedelo - PB.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é um conjunto de elementos que possuem determinadas características (GIL, 2002). Já a amostra é um subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população (GIL, 1999).

A população em estudo foi composta por todas as adolescentes primíparas atendidas no PSF que aceitaram e participaram da pesquisa.

Os critérios para a seleção foram os seguintes: a participante deveria assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estar na faixa etária de 18 anos acima. A amostra foi composta por 04 adolescentes primíparas.

3.4 INSTRUMENTO

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas referentes aos objetivos propostos da pesquisa. Para Gil (1999), formulário é definido como sendo a técnica de coleta de dados em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas.

A entrevista é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação, sendo uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca contar dados e a outra apresentar-se como fonte de informação (GIL, 1999).

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE e encaminhamento de ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE à Secretaria de Saúde do Município de Cabedelo-PB.

A coleta de dados ocorreu no mês de março de 2007, em dias úteis, nos turnos da manhã e da tarde, realizada da seguinte forma: foi apresentado o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado pela pesquisadora responsável, pela pesquisadora participante e pelas participantes da pesquisa; em seguida foi realizada a entrevista através de um roteiro estruturado, com perguntas e respostas escritas, havendo o cuidado prévio em realizar a entrevista em um ambiente privativo, tranquilo, calmo, sem interferências que viessem a prejudicar a coleta de dados.

3.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

A pesquisa foi realizada levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no artigo II, dos aspectos éticos, que trata do envolvimento com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 1996), como também o que rege a Lei 240/2000 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2006), que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

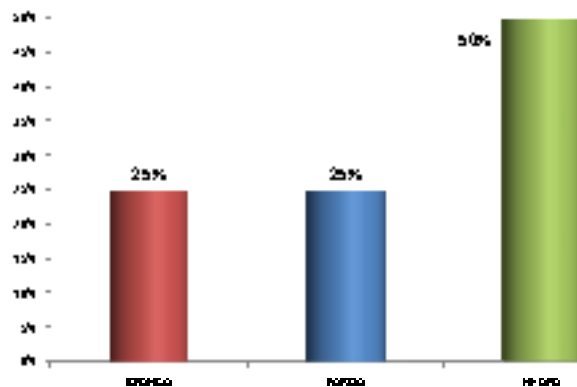
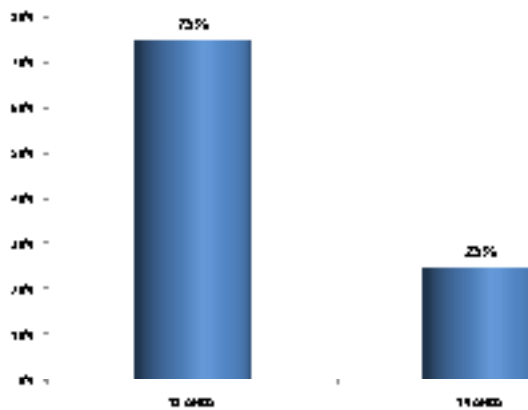
Os dados coletados foram analisados através de quadros ilustrativos. Foram utilizados dois momentos para a análise, no primeiro, trabalhamos com a análise quantitativa, com gráficos, além de que foram comentados os dados socioeconômico das adolescentes primíparas em estudo, onde na área pesquisada contamos com oito adolescentes, porém, conseguimos coletar os dados de 50% da população, ou seja, quatro adolescentes primíparas; e no segundo momento, os dados qualitativos foram analisados com base no Discurso do Sujeito Coletivo, que, segundo Lefèvre et al (2000), consiste numa síntese redigida na primeira pessoa do singular, utilizando expressões-chave, com as mesmas idéias.

4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

Apresentaremos os resultados obtidos com o presente estudo, agrupados em gráficos, com valores percentuais e abso-

lutos, de acordo com a análise quanti-tativa.

FAIXA ETÁRIA



sérios riscos para a saúde da mãe e do bebê. Isso ocorre devido a diversos fatores que estão envolvidos nesta fase da vida, como por exemplo as questões funcionais do próprio organismo feminino, no qual o corpo não está totalmente preparado para uma gestação e às questões psicológicas e sociais que envolvem a mãe adolescente.

O gráfico acima destaca que a amostra foi composta pelas adolescentes primíparas, sendo dividida da seguinte forma: 25% (1) parda, 25% (1) branca e 50% (2) negras.

ESTADO CIVIL

razões emocionais, como insegurança, insegurança e razões socioeconômicas interferem na boa evolução da gestação, mesmo quando desejada.

No Gráfico 4, os resultados apontam que 75% (3) das adolescentes primíparas entrevistadas não têm o ensino fundamental completo, o que equivale à maioria das pesquisadoras, e 25% (1) tem o ensino fundamental completo. Esses dados levam a concluir que a falta de informação e de educação contribuem com o crescimento de adolescentes primíparas.

Guimarães e Vieira (2000) comentam que há unanimidade na literatura quanto à associação entre escolaridade e a gravidez na adolescência, uma vez que a escola abre horizontes de forma significativa na formação de cidadãos conscientes e responsáveis.

RENDA FAMILIAR

maiores taxas de fertilidade. Fatores sociais como a falta de planejamento familiar determinam a formação de famílias com grandes números de filhos. Baseando-se no argumento citado, observou-se que o nível econômico das primíparas é um importante fator contribuinte no acesso a meios de informação, tanto para regular a fertilidade quanto para favorecer um bom desenvolvimento gestacional.

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA

QUADRO 1: CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
O cuidado materno é realizado.	"Eu cuido muito bem do meu filho [...]". "Dou de comer [...]". "Dando

banho [...]". "Dou carinho [...]". "E boto pra dormir."

O quadro acima mostra que o cuidado ao recém-nascido são as preocupações maternas primárias, novas responsabilidades e amadurecimento pessoal. A adolescente, que há pouco era criança, e que ainda não é mulher completa, vê-se diante do papel de ser mãe e assumir essa responsabilidade "MATERNA", com todo empenho que esse papel representa (RICCO, DANELLUZI, CIAMPO, 2006).

QUADRO 2: ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

IDÉIA CENTRAL DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A alimentação das crianças é mista. Um suquinho de	"[...] Se alimenta mais de cinco vez ao dia, fora um suquinho que eu gosto de fazer [...]". "Quando chora eu dou logo o peito [...]". "Dou leite Ninho porque o meu leite foi pouco [...]".
--	---

Como podemos perceber no Quadro 2, a maioria das adolescentes não está bem informada da importância sobre o aleitamento materno para seus filhos, podendo assim se conscientizar da importância que existe na alimentação correta para o recém-nascido até os seis meses, assumindo responsabilidade para com saúde do bebê.

Abrão e Pinelli (2002) reforçam o tema, dizendo que alguns autores também recomendam que as adolescentes, ainda no período da gestação, sejam orientadas acerca das habilidades necessárias à prática do aleitamento materno, por se tratar de um período em que a mulher se mostra aberta para aprender o que for necessário para fazer o melhor para seu filho.

QUADRO 3: O SONO E AMBIENTE DO RECÉM-NASCIDO

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
As crianças	"[...] Só acorda para

dormem bem, mamar [...]". "Ela dorme porém acordam uma hora depois que para comer. come [...]". "À noite acorda muito [...]". "O lugar que ele dorme é bem bonzinho e calmo."

<p>Sempre nas primeiras semanas de vida o bebê dorme a maior parte do dia, e a noite acorda muito. É claro que isso pode variar, há bebês que dormem mais que outros e logo aprendem a dormir a noite inteira. Sempre tendo cuidado no ambiente onde ele dorme.</p>	
<p>De qualquer modo, o importante é que o bebê possa dormir em paz, nos lugares mais calmos ou menos barulhentos da casa, num berço, carrinho ou cama, sem muitos panos ou cobertores em volta, para que não ocorra o risco de sufocar (REIS, RIBEIRO, 2006).</p>	

QUADRO 4: O BANHO DO RECÉM-NASCIDO

IDÉIA CENTRAL DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

O banho das crianças é realizado com cuidado. [...] Ter cuidado para não jogar água de vez nela para não se assustar [...]". "Dou banho com sabão de coco [...]". "Lavo a cabeça e o corpo todo [...]". "Dou três vez ao dia."

<p>Não existe horário certo para o banho, o melhor é que ocorra na parte mais quente do dia. O importante é que a água esteja sempre limpa e com temperatura adequada, com o sabonete exclusivo do recém-nascido.</p>	
<p>O momento do banho deve ser aproveitado para verificação de qualquer problema no corpo do bebê. Para maior facilidade, todo material a ser utilizado deve ficar ao alcance da mão: sabonete, toalha, fralda e roupinhas. Após o banho, o bebê deve ser completamente enxuto. Assim, terá conforto e estará protegido contra doenças e assaduras. Esse processo leva cerca de 10 a 15 minutos (REIS, RIBEIRO, 2006).</p>	

QUADRO 5: A LIMPEZA DO COTO

UMBILICAL

IDÉIA CENTRAL DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A limpeza do coto umbilical é realizada. [...] Com muito cuidado, sempre com tudo que é necessário [...]". "Com água e sabão [...]". "Passo álcool que compro na feira."

<p>O coto umbilical deve ser limpo de maneira adequada, com álcool a 70%, além disso, deve ser bem ventilado até cair, evitando o uso de faixas ou outros acessórios que impeçam a circulação de ar no coto umbilical.</p>	
<p>A limpeza do coto umbilical deve ser realizada diariamente após o banho, pois se não for limpo de maneira adequada, poderá ser um excelente meio de proliferação de bactérias. Deve-se então, com o contonete embebido de álcool a 70%, fazer a limpeza, acelerando o processo de seca-gem e queda (WHALEY, WONG, 1999).</p>	

QUADRO 6: ORIENTAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

IDÉIA CENTRAL DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Não se segue às orientações. "Sempre vou, tenho muito cuidado [...]". "Às vez [...]". "Não, que ela me falou que era para dar só de mamar e eu não dei [...]".

<p>As falas das adolescentes apontam que a maioria das mães não segue as orientações, chegam até a não ir ao acompanhamento da Equipe de Saúde da Família, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas existentes em relação à saúde do recém-nascido.</p>	
<p>O Programa de Saúde da Família (PSF) tem como principal objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso imprimiria uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de</p>	

responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (FIGUEIREDO, 2005).

identificação, está em um processo fermentativo.

QUADRO 7: DIFICULDADE NO CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO

IDÉIA CENTRAL DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Relatam falta de experiências de cuidar dos seus filhos. “[...] Fico preocupada sem saber se ele está sentindo alguma coisa [...]” “Tenho dificuldade porque é meu primeiro filho [...]” “No primeiro dia que eu dei banho [...]” “Tenho medo de sufocar a menina

quando	ela golfa.”
<p>A falta de experiências das mães primíparas do saber cuidar dos seus filhos ou até de si mesma, de transmitir amor, carinho, e os cuidados indispensáveis que o recém-nascido deve ter.</p> <p>Cavalcanti (2006) comenta que o ponto de vista do “crescer” psicológico, pode se dizer que o adolescente é um jovem que ainda não possui as responsabilidades de uma profissão, sem suprir suas necessidades vitais de construir uma família: ele vive em um momento existencial de</p>	

REFERÊNCIAS

ABRÃO, A.C.F.V. PINELLI, F.G.S. **Leite materno**. In: BARROS, S.M.O. MARIN, H.F. 2002.

ABRÃO, A.C.F.V.; PINELLI. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 196, de 10 de Out. de 1996 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras

PERCEPTION OF THE PRIMIGESTA ADOLESCENTS CONCERNING THE CARE WITH THE JUST-BEEN BORN ONE IN A FAMILY'S HEALTH UNIT

ABSTRACT

The pregnant adolescent prearranging to a great number of problems that initiate after the wink from conception, since the gestation occurs during the maturation phase of the feminine organism, it will be able in such a way to take the some riots as many for the gestant and to the concepto causing enormous social and familiar damages because of the destructure and disorganization of the future young mother'life, your family and all the society, whom must take the responsibility with the costs of the assistance and several problems generated for a precocious pregnancy. The present study is about a research of the exploratory-descriptive type, with quantitative and qualitative approach and had the following objectives: to evaluate the concepts and the cares of the adolescent mothers with just-been born after the orientations received from the health family'team; to characterize the population of the adolescents mothers for the first time, how their age group, etnia band and socioeconomic profile, investigating the knowledge about the cares to the newborn one. The population was composed for all the adolescents mother for the first time taken care into the family health program (FHP), totalizing 04 adolescents. The collected data had been analyzed through illustrative pictures on the basis of the Speech of the Collective Subject (SCS), finding the following results: 75% (3) of the adolescents mothers for the first time are on age group of 18 years and 25% (1) are in the age of 19 years; 25% (1) medium brown, 25% (1) white and 50% (2) blacks; 75% (3) of the adolescents were single and 25% (1) lived in a consensual union; 75% (3) of the interviewed adolescents do not have the first grade complete and 25% (1) have the first grade complete; 100% (4) of the adolescents mothers for the first time receive one or two minimum wages. The adolescents mothers for the first time, many times are unprepared to assume the precocious maternity, among others consequences of this process, situation this, that also increases the upheavals for the adolescent and their family.

Key words: Adolescents mothers for the first time. Newborn. Gestation.

de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 1996.

_____. **Gestação de alto risco.** Manual técnico. 4. ed. Brasília, 2000.

CAVALCANTI, D.P. **Incidência de hidrocefalia congênita e o papel do diagnóstico pré-natal.** Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 set. 2006.

CANDEIAS, N.M.F. **Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional:** algumas características do comportamento a serviços de assistência pré-natal. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 ago. 2006.

CONSELHO Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos profissionais de enfermagem.** Resolução 240 em 30 de agos. de 2000. COFEN. Disponível em: <<http://www.corenes.com.br>>. Acesso em: 28 ago. 2006.

E.D. ASHWILL, J.W. **Uma introdução à enfermagem pediátrica.** 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul: Yendes, 2005.

FONTINELE, K. J. **Programa Saúde da Família (PSF).** Goiânia: Cultura e Qualidade, 2003.

GIL, C. A. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed., São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, C. A. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed., São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDANI, Z.M. **Aleitamento materno e desenvolvimento cognitivo.** Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 set. 2006.

GUIMARÃES, A.M.A.; VIEIRA, C.M. Implicações da gravidez na adolescência. **Rev. Saúde Pública.** v. 23, n. 5. São Paulo, out. 2000.

LEFÉVRE, F.A.M.C.; et al. **O discurso do sujeito coletivo:** uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul. EDICS, 2000.

MALHER, J.A. **Gravidez na adolescência:** o que eu tenho com isso? Disponível em: <<http://www.moderna200.com.br>>. Acesso em: 24 ago. 2006.

MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica:** pediatria geral e neonatal. São Paulo: Sarvier, 2003.

NENE, B. **Obstetrícia básica.** 2. ed., São Paulo: Savier, 2000.

NENE, B., Parto: assistência. In: Nene B. **Obstetrícia básica.** São Paulo: Sarvier, 1994.

REIS, A.O.A.; RIBEIRO, M.A.A. **Cuidados com o recém-nascido.** Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 18 ago. 2006.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. **Obstetrícia Fundamental.** 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RICCO, R.G.; DANELLUZZI, C.N.; CIAMPO, L.A. **Puericultura:** princípios e práticas. Atenção integral a saúde da criança. São Paulo: Atheneu, 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, A.C. **Gravidez na adolescência.** Disponível em: <<http://www.selfpsicologiamogi.com.br>>. Acesso em: 20 set. 2006.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SOUSA, R.P.; FLORIO, J.A.; KAWAMOTO, S.E. **gravidez na adolescência.** Disponível em: <<http://www.sites.uol.com.br>>. Acesso em: 13 ago. 2006.

SUGAR, M. **Adolescência atípica e sexualidade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THOMPSON, R.. ROBERTO ,J.. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

THOMPSON, E.D. ASHWILL,J.W. **Uma introdução à enfermagem pediátrica.** 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

WHALEY, L. FWONG, D.L. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais á intervenção

Monografia

AÇÕES EDUCATIVAS NO PSF: DEPOIMENTOS DE USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Joanna Monique Fernandes de Almeida¹

Gerlane Ângela da Costa Moreira²

Ana Cristina de Oliveira Silva³

Gisetti Corina de Brandão⁴

RESUMO

A educação em saúde é uma ação básica importante, que está baseada na reflexão crítica do grupo, porque o princípio dessa educação é o desenvolvimento da consciência das causas, dos problemas e das ações necessárias para a melhoria das condições de saúde. A observação da realidade vivenciada no PSF durante atividades práticas vinculadas a nossa formação acadêmica, deu-nos a oportunidade de prestar assistência a pacientes portadores de diabetes mellitus e, nesta realidade, pôde-se observar que muitos desses pacientes desconheciam aspectos importantes sobre a doença, tinham dúvidas e desconheciam principalmente como se autocuidar. A partir desta problemática foi que surgiu o interesse em desenvolver esta pesquisa, que teve como objetivos identificar, junto aos portadores de diabetes mellitus, as ações educativas desenvolvidas pela equipe de saúde no PSF do município de Santarém – PB, e analisar se essas ações vêm contribuindo para o controle da diabetes mellitus e a prevenção de suas complicações. Realizada com portadores de diabetes mellitus inseridos no projeto “Viver Bem”, desenvolvidos pela equipe de saúde do PSF de Santarém-PB. Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, realizada com 10 portadores. Foi utilizado um formulário para coleta dos dados, que em seguida foram analisados com base no enfoque do método quanti-qualitativo. Durante todo o transcorrer da pesquisa foram obedecidas as orientações da Resolução 196/96 e da Resolução do COFEN, 311/2007. A partir da análise e interpretação dos dados, pode-se observar nas características socioeconômicas dos pesquisados, que 30% possuem a idade de superior a 60 anos; 70% eram do sexo feminino, sendo que deste total 75% tem como profissão/ocupação, a doméstica; 100% eram procedentes da cidade de Santarém; 50% teve seu diagnóstico confirmado de 1 a 5 anos e 50% vem sendo acompanhado há mais de seis anos. Quanto aos discursos do sujeito coletivo foi possível identificar que o tratamento medicamentoso, atividades físicas e em grupos, e o controle nutricional são considerados pelos participantes como atividades educativas desenvolvidas pela equipe de saúde para o controle da diabetes mellitus e prevenção de suas complicações. Os pesquisados relataram também que sentem segurança e satisfação de estar participando das atividades educativas no PSF. A partir dessas atividades foram referidas mudanças de hábitos, aquisição de conhecimentos sobre a patologia e o estímulo ao autocuidado. Por fim, o discurso do sujeito coletivo revelou de modo enfático, a presença de incentivo ao autocuidado, apoio financeiro, e as informações sobre a doença, tratamento e a prevenção de suas complicações.

Palavras-chave: Ações Educativas. Diabetes Mellitus. Programa Saúde da Família.

¹ Enfermeira formada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa-PB.

² Orientadora. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Prof^ª da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, FACENE. Endereço: Rua José Gonçalves de Abrantes, 51, apt 301, Ed. Eldorado, Jardim Oceania - João Pessoa-PB. E-mail: gerlaneecj@hotmail.com. Telefone: (83) 8825-2000.

³ Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Prof^ª. da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, FACENE, João Pessoa-PB.

⁴ Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Prof^ª. da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, FACENE, João Pessoa-PB.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 60, o Brasil sofreu as rápidas e profundas modificações econômicas e políticas que resultaram em mudanças sociais, caracterizadas entre outras, por: aumento da produção industrial; êxodo rural; redução da mortalidade infantil; redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias; aumento considerável da esperança de vida (LESSA, 1999).

Para Lessa (1999), essas mudanças, heterogeneamente ocorridas, modificaram também o estilo de vida da população, muitas vezes nocivas à saúde. Começaram então a aumentar o número de casos de doenças não-transmissíveis, conhecidas como crônicas-degenerativas, aquelas que surgem em função de desequilíbrio orgânico como as doenças cardiovasculares, cirrose hepática, saúde mental, diabetes, distúrbios pulmonares, entre outras.

Dentre as modalidades acima referidas, encontra-se a diabetes mellitus considerado atualmente como um dos principais problemas de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, existe uma epidemia de diabetes mellitus em curso. Em 2000, existiam 177 milhões de pacientes no mundo todo, mas esse quadro deverá aumentar para 370 milhões até 2030 (BRASIL, 2003). No Brasil, calcula-se quem em 2010 possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no país, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos 05 milhões de diabéticos no ano de 2000. Um estudo realizado em Ribeirão Preto/SP demonstrou uma prevalência de 7.6% de diabetes na população de 30 a 69 anos (BRASIL, 2002).

Diante de tais fatos surgiu, então, a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), que tem como objetivo garantir assistência na unidade de saúde; desenvolver tradicionalmente as ações de saúde no domicílio, numa perspectiva de ação integral em que todos os membros de uma família são acompanhados; intervir sobre fatores de riscos os quais a população está exposta e ainda estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (FIGUEIREDO, 2005).

Dentro desta estratégia estão inseri-

das ações que fazem parte da atenção básica à saúde, como por exemplo: o pré-natal, a puericultura, o planejamento familiar, o hipertenso, entre outros. O Hipertenso é um programa do Ministério da Saúde que vem atender os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmicas, visando ao estabelecimento de diretrizes voltadas para o aumento da prevenção, detecção, tratamento e controle dos agravos das doenças, no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2007).

Outra estratégia para prevenir doenças e promover a saúde utilizada no PSF é a educação em saúde, que é uma experiência em construção, mas que já tem resultados positivos. É um processo contínuo e sistemático intermediado pelos profissionais de saúde, com o intuito de atingir a vida cotidiana da comunidade, fazendo com que o entendimento desse conteúdo contribua para a formação e desenvolvimento de novos hábitos e condutas de saúde para a comunidade, ou seja, sirva como ponte entre os profissionais de saúde e a comunidade, para ambos mostrarem autonomia, participação, diálogo, reflexão, criatividade e afetividade (VASCONCELOS, 2006).

O foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De uma forma geral seus objetivos são encorajar às pessoas, a: a) adotar e manter padrões de vida sadia; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição; e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (LEVY, 2007).

Dentro da educação em saúde, um grupo a ser analisado é o de portadores de diabetes mellitus, pois, como foi visto, essa patologia é considerada um dos mais graves problemas de saúde na atualidade, atingindo a população como um todo e podendo surgir em qualquer idade. Suas repercussões, no que se refere tanto às incapacitações e mortalidade prematura quanto aos custos relacionados ao seu controle e ao tratamento de suas complicações, reafirmam cada vez mais a necessidade de investimento em programas de educação em saúde.

Considerando os diversos aspectos

inerentes à complexidade dessa síndrome, tais como restrições dietéticas, tratamento com medicamentos (entre eles, a insulina), alteração da função de diversos órgãos e segmentos do organismo (retinopatia, atrofia, pé neuropático etc.), impacto pessoal, familiar e social da doença, os gestores e profissionais de saúde têm sentido cada vez mais a necessidade de desenvolver ações educativas voltadas para os portadores da síndrome, contando com a participação de equipes multiprofissionais, as quais vão reforçar a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde (SOCIEDADE..., 1997).

Logo, por ser a diabetes um problema de saúde pública, onde entre outros cuidados deve haver um controle diário em relação à glicemia do portador e ao uso contínuo ou não da insulina, nesse contexto destaca-se o papel do enfermeiro no controle e na assistência ao portador de diabetes junto à equipe multiprofissional, desenvolvendo várias ações, dentre elas a de educação em saúde, que atua sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência.

Contudo, a realidade observada nos PSFs corresponde a de que muitos portadores de diabetes mellitus desconhecem os aspectos importantes sobre a doença, apresentam dúvidas, e principalmente desconhecem como se autocuidar, onde este fato gerou as seguintes questões norteadoras: Quais atividades você desenvolve neste PSF junto com a equipe? Como você se sente participando das atividades educativas no PSF? Você considera importantes as atividades educativas? Logo, esses fatos e questionamentos nos levaram a pesquisar profundamente o tema, com a finalidade mostrar a importância das atividades educativas realizadas no PSF, e até que ponto elas estimulam a autonomia dos usuários portadores de diabetes.

OBJETIVOS

- Identificar, junto aos portadores de diabetes mellitus, as ações educativas desenvolvidas pela equipe

de saúde no PSF, do município de Santarém - PB.

- Analisar se essas ações vêm contribuindo para o controle da diabetes mellitus e prevenção de suas complicações nesses portadores.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, realizado em uma Unidade de Saúde da Família no município de Santarém, localizado no sertão nordestino.

A população desta pesquisa foi composta pelos portadores de diabetes mellitus que participam das atividades de grupo no PSF. A amostra da pesquisa foi composta por dez portadores de diabetes mellitus, maiores de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário de entrevista para servir de roteiro; esse roteiro desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados, com vistas à conquista dos objetivos propostos na pesquisa. No entanto, é importante salientar que antes da coleta de dados, houve uma explicação aos participantes sobre a importância e o objetivo da pesquisa, tentando despertar o interesse do entrevistado. Explica-se também que é garantido o sigilo das informações, e na oportunidade foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-lhe o direito de abdicar da participação em qualquer período.

A coleta de dados aconteceu no mês de outubro de 2007, no serviço mencionado anteriormente, após prévia autorização de um responsável pela Secretaria de Saúde do município de Santarém, bem como após aprovação e encaminhamento pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

Os dados foram analisados com base no método quanti-qualitativo. Esses dados obtidos no enfoque quantitativo foram analisados e apresentados em formas de gráficos e fundamentados à luz da literatura pertinente. Para análise qualitativa foi utilizada a técnica de análise do discurso do sujeito coletivo, preconizado por Lefêvre;

Lefèvre e Teixeira (2000).

No desenvolvimento do estudo foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 1996); assim como a Resolução COFEN, nº 311 que disciplina o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram agrupados e apresentados em forma de gráficos e quadros, analisados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e discutidos à luz da literatura pertinente.

4.1 Caracterização da amostra referente aos dados sociodemográficos

No Gráfico 01, observa-se que dos 10 participantes da pesquisa, 10% possuíam idade entre 18 a 30 anos, 20% entre 31 a 40 anos, 20% entre 41 a 50 anos, 20% entre 51 a 60 anos e 30% tinham a faixa etária acima dos 60 anos. Portanto, 70% da amostra encontravam-se com a idade acima dos 40 anos e com o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Esses dados reafirmam o que Sherwin

(2001) relatou ao mencionar que a maior frequência de diabetes, cerca de 90% da população portadora da doença, possui mais de 40 anos de idade. Mas vale ressaltar que o surgimento do diabetes tipo 2 encontra-se diretamente relacionado ao estilo de vida e a alguns aspectos característicos da vida moderna, como sedentarismo, alimentação industrializada e rica em açúcares e gorduras e alto nível de estresse da vida moderna.

O Gráfico 02 mostrou que, dos 10 participantes da pesquisa, 70% da amostra era do sexo feminino e 30% do sexo masculino.

Os dados expostos neste item demonstram um contexto que se coaduna com a realidade populacional brasileira, de maior presença do sexo feminino em todas as áreas da vida social. Vale salientar que a procura aos serviços de saúde é maior por pessoas do sexo feminino, assim como as estatísticas dos números de portadores.

Contudo, nos últimos anos esta tendência vem se confirmando e o surgimento de novos casos mostra que as mulheres estão sendo acometidas pelo diabetes mellitus de forma intensa, a partir dos 45 anos de idade. Segundo Smeltzer; Bare (2002), o diabetes aparece geralmente após os 40 anos de idade em cerca de 90% dos casos, no sexo feminino, apresentando ainda obesidade e sedentarismo.

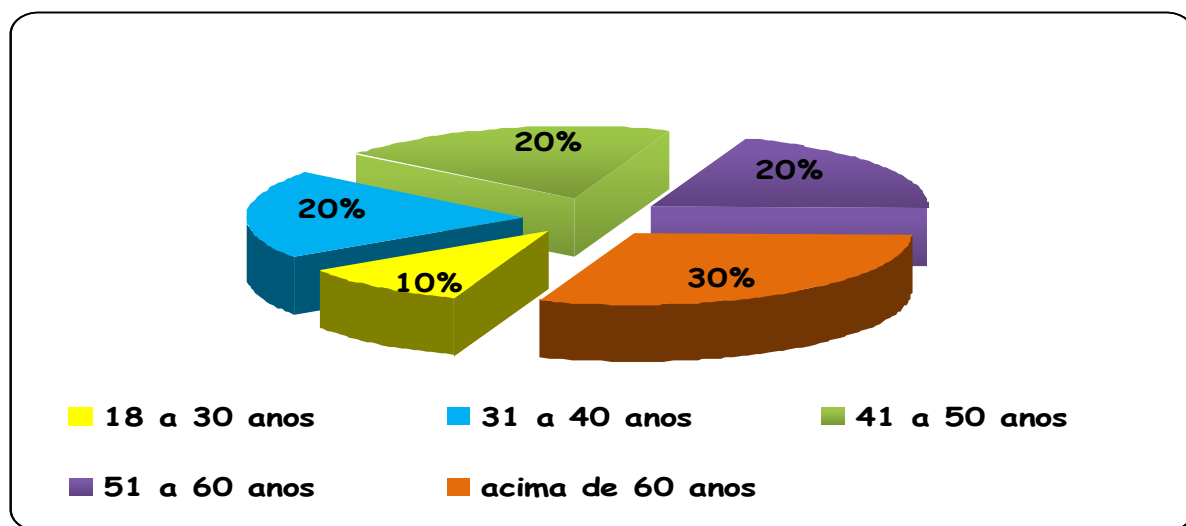


Gráfico 01 – Caracterização dos participantes da pesquisa referente à faixa etária.

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2007.

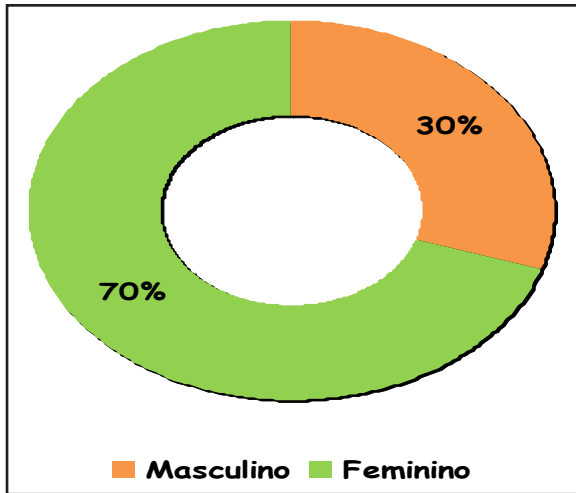


Gráfico 02 – Caracterização dos participantes da pesquisa referente ao sexo.

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2007.

No que se refere à atividade ocupacional dos participantes, o Gráfico 03 mostra que 50% eram domésticas, 10% comerciantes, 10% agricultores, 10% professores, 10% agentes comunitários de saúde e 10% monitores de informática.

Em meados dos anos 60, o mercado de trabalho formal era desempenhado

quase que exclusivamente pelo sexo masculino, enquanto que as mulheres exerciam profissões consideradas femininas, como: professora, parteira, enfermeiras, entre outras. No entanto, à medida que novos espaços foram conquistados pela mulher, tanto no mercado de trabalho quanto na política, essa realidade mudou. O aumento da escolaridade do sexo feminino tem possibilitado às mulheres brasileiras participar cada vez mais do mercado de trabalho (RODRIGUES, 1995).

Atualmente a mulher não só participa ativamente do mercado de trabalho como também exerce seu papel dentro do lar. Porém, os dados desta pesquisa contradizem a realidade atual ao mostrar que 70% dos participantes eram mulheres, e estas, domésticas, reafirmando o papel da mulher no esteio moral do lar.

4.2 Caracterização da amostra referente às questões norteadoras da pesquisa

No Gráfico 04, observa-se que dos 10

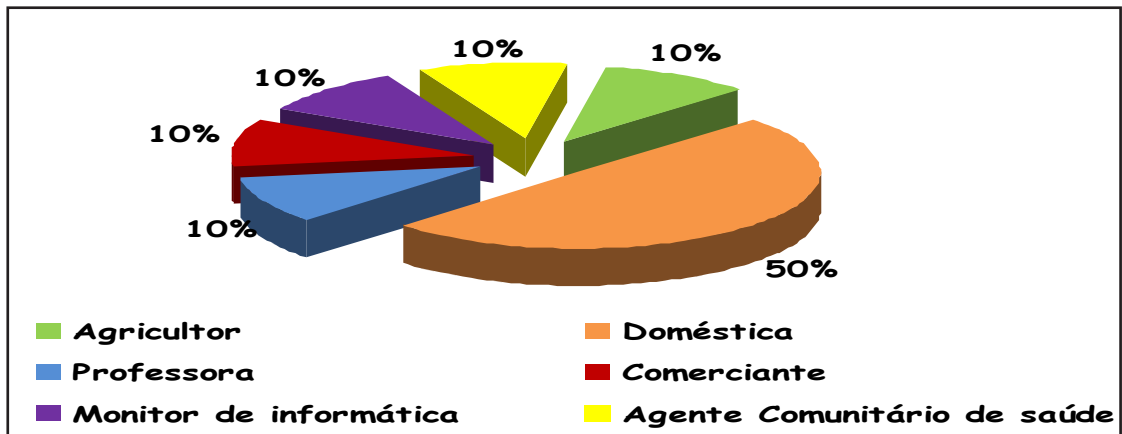


Gráfico 03 – Caracterização dos participantes da pesquisa referente à profissão/ocupação.

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2007.

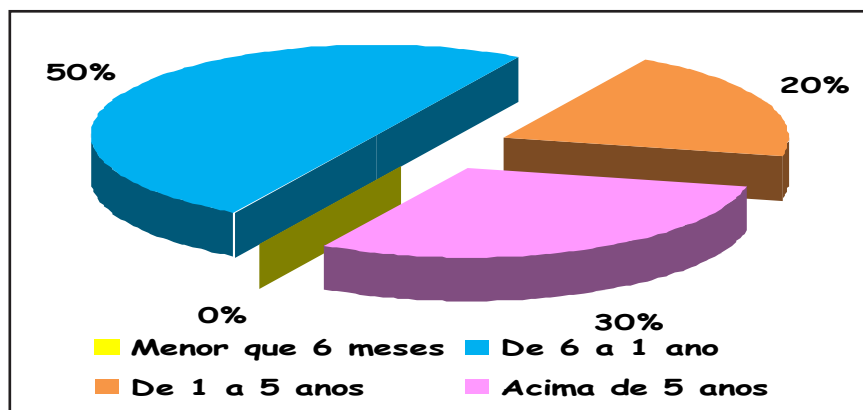


Gráfico 04 – Caracterização dos participantes da pesquisa referente ao tempo de acompanhamento da diabetes mellitus no PSF.

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2007.

participantes da pesquisa, 50% da população é acompanhada no PSF entre 6 meses a 1 ano, depois do diagnóstico da doença; 30% acima de 5 anos; 20% de 1 a 5 anos.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido a esses agravos (BRASIL, 2007).

Smeltzer; Bare (2002) acrescentam que histórico, avaliação realizada para diagnosticar o diabetes, avaliação especializada contínua e avaliação para complicações no paciente diabético recém-diagnosticado são componentes importantes dos cuidados aos pacientes portadores dessa patologia. Assim, pode-se afirmar que os PSFs da cidade de Santarém vêm realizando o acompanhamento dos diabéticos por

eles assistidos e contribuído assim para a prevenção de suas complicações.

No Quadro 01, pode-se observar uma idéia central referente ao questionamento sobre as atividades educativas no controle da diabetes mellitus, e prevenção de suas complicações, a qual refere como medidas: "dinâmicas de grupo", "reuniões mensais" e "palestras".

Os dados obtidos neste Gráfico afirmam que ações desenvolvidas vêm contribuindo para a redução das complicações da diabetes, onde Lyra *et al* (2007) acrescentam que, para a redução da doença, faz-se necessária a antecipação de medidas preventivas, sobretudo em indivíduos de alto risco, tais como os portadores de tolerância diminuída à glicose (TDG) e de glicemia de jejum alterada (GJA), bem como de intervenções comportamentais e farmacológicas.

No Quadro 02, pode-se observar a idéia central de apoio e ajuda dos participantes da pesquisa referente ao questionamento sobre o sentimento dos partici-

Quadro 1 – Transcrição das falas dos participantes do seguinte questionamento: Quais atividades educativas você desenvolve para o controle da diabetes mellitus e prevenção de suas complicações?

IDÉIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Dinâmicas de grupos, reuniões mensais e palestras.	<p>"Controle alimentar, uso de medicação [...] caminhada."</p> <p>"Uso do remédio [...] participo das reuniões mensais e faço caminhada".</p> <p>"Uso de medicamento [...] participo das palestras e da dinâmica de grupo [...]".</p> <p>"Acompanhamento com a nutricionista, medicação [...]".</p> <p>"Uso de medicação, caminhada [...]".</p> <p>"Medicação [...] controle da alimentação, participo da dinâmica de grupos".</p> <p>"Uso de medicação [...] participo das reuniões mensais".</p> <p>"[...] caminhada, jogo bola, controle alimentar [...]".</p> <p>"[...] participo das reuniões mensais e tenho controle alimentar".</p> <p>"[...] jogo bola, vôlei, participo das palestras e das dinâmicas de grupo, alimentação controlada".</p>

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2007.

Quadro 2 - Transcrição das falas dos participantes do seguinte questionamento: Qual o sentimento de estar participando das atividades educativas no PSF?

IDÉIA CENTRAL I	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Apoio e ajuda	<p>"[...] com o acompanhamento da equipe, tenho consciência dos problemas da doença [...]".</p> <p>"[...] esclarece minhas dúvidas e me ensina tudo [...]".</p> <p>"[...] equipe para me orientar [...]".</p> <p>"[...] me sinto protegida [...] minhas dúvidas e medos".</p> <p>"[...] assistência necessária para meu tratamento".</p> <p>"[...] atendimento especializado [...] conhecimento que adquirimos é muito importante".</p> <p>"atendimento correto e especializado [...] ensinar e ajudar no tratamento".</p> <p>"[...] ajudar e esclarecer tudo [...]".</p> <p>"[...] apoio [...] orientar e acompanhar".</p> <p>"[...] apoio da equipe é muito bom, sempre tira minhas dúvidas [...] deve ser a minha alimentação".</p>

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2007.

pantes de estar participando das atividades educativas no PSF.

Gazzinelli *et al* (2007) mencionam que as Diretrizes da Educação para a Saúde definem Educação em saúde como "uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde". Com base nesta definição pode-se constatar que o sentimento de segurança e satisfação expressado pelos pesquisados advém da aquisição de novos conhecimentos que contribuirão para as mudanças de comportamentos e assim, a melhoria na qualidade de vida destes pacientes, transformações, essas apresentadas no decorrer desta pesquisa.

No Quadro 03 podem-se observar três idéias centrais referente a como as atividades educativas ajudaram no controle da diabetes mellitus e na prevenção de suas complicações. A primeira idéia central identificada foi a da mudança de hábitos; a segunda idéia, aquisição de conhecimentos sobre a patologia, e a terceira, estímulo ao autocuidado.

Portanto, as idéias obtidas corroboram com Sylvain (2007), ao mencionar sobre que educação em saúde está voltada para a população e para a ação, de forma geral, seus objetivos são encorajar às pessoas, a: a) adotar e manter padrões de

vida sadia; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando a melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente.

Desse modo, pode-se afirmar que essas constatações ocorreram pelo fato de que as práticas educativas promovem a valorização do saber do educando e instrumentalizando-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilitando efetivação do direito da clientela às informações de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador de saúde, fazendo com que este exerça um trabalho criativo. Estas características e conseqüências convergem para uma sociedade mais democrática em prol do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e coletividade, estando em concordância com os princípios e diretrizes da promoção da saúde (PEREIRA, 2003).

No Quadro 03, diante das constatações adquiridas, pode-se observar que as atividades desenvolvidas nos PSFs no município referido vêm demonstrando que as ações educativas possuem eficácia, quando colocadas em práticas adequa-

Quadro 3 - Transcrição das falas dos participantes à seguinte pergunta: Essas atividades educativas ajudaram o(a) senhor(a) no controle da diabetes mellitus e na prevenção de suas complicações? Como ou de que forma?

IDÉIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Mudanças de hábitos	<p>"[...] controle alimentar, comecei a fazer caminhada, tomar medicamento de forma correta [...]"</p> <p>"[...] controlei peso, glicemia [...] depois das orientações".</p> <p>"[...] controle de peso, alimentação, glicemia [...]"</p> <p>"[...] controle alimentar, medicação correta."</p> <p>"[...] meu dia a dia mudou, diminui os efeitos que essa doença trazia, controlei meu peso [...]"</p>
IDÉIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Aquisição de conhecimentos sobre a patologia físicos	<p>"[...] sempre procuro participar de tudo que diz respeito à diabetes para aumentar meus conhecimentos".</p> <p>"[...] hoje não sinto mais nada, a minha glicemia está controlada [...] aprendi o que devo comer ou não [...], que a caminhada é um exercício bom [...] depois das orientações".</p> <p>"[...] aprendi a me alimentar corretamente, a praticar exercícios físicos [...]"</p> <p>"[...] maneira correta para tomar o remédio (hora e quantidade)."</p>
IDÉIA CENTRAL 3	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Estímulo ao autocuidado	<p>"[...] cuidado com os pés, olhos [...]"</p> <p>"[...] diminui os sintomas que estava sentido [...] cuidado com os pés e olhos e a tomar o remédio direito".</p>

damente.

No Quadro 04 constataram-se duas idéias centrais. Na primeira, o Discurso do Sujeito Coletivo dos portadores de diabetes mellitus inserido no estudo revela de modo enfático a presença de incentivo a cuidados voltados ao tratamento e controle da doença e prevenção de suas complicações e apoio financeiro; e na segunda idéia central, informações sobre a doença, tratamento e a prevenção de suas complicações.

A partir dos discursos foi possível confirmar que o projeto "Viver Bem" visa a assistir diretamente o portador de diabetes e tem em sua base a parceria das secretarias de Ação Social e Saúde. Entre outras ações deste programa, destaca-se a garantia de uma cesta adicional de biscoito e pães integrais, leite, adoçante artificial

e aveia, que é distribuída gratuitamente todo mês. São distribuídas ainda, semanalmente, frutas e verduras. É feita também uma avaliação através de um nutricionista e distribuição de medicação gratuita (SOARES, 2007).

Os portadores da doença recebem informações de como aproveitar os alimentos da cesta na complementação da dieta e outras orientações necessárias para uma boa saúde e controle pela equipe da estratégia de saúde da família. Além disso, tem reuniões mensais com a nutricionista e enfermeira, para fazer avaliação dos portadores de diabetes que participam do projeto. Nessas reuniões é realizado controle do peso, do IMC, da glicemia, orientações sobre como tomar a medicação corretamente, incentivando a praticarem exercícios

Quadro 4 - Transcrição das falas dos participantes referente à importância das atividades educativas.

IDÉIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Incentivo a cuidados voltados ao tratamento e controle da doença e prevenção de suas complicações e apoio financeiro</p>	<p>"[...] além de ensinar a gente sobre o tratamento correto, tem a ajuda financeira".</p> <p>"[...] forma de criar consciência sobre a doença [...], além da ajuda financeira".</p> <p>"[...] ajuda economicamente (remédio, cesta básica), a assistência é de boa qualidade [...]".</p> <p>"[...] aprendo muito, esclareço minhas dúvidas e me ajuda economicamente [...]".</p> <p>"[...] ensina de forma simples e clara o que deve ser feito [...] além do apoio econômico com a distribuição da cesta básica".</p> <p>"[...] com essas ações ocorre um esclarecimento em relação a tudo que devemos fazer para evitar complicações [...] e ajuda também no bolso por causa da distribuição da cesta básica".</p>
IDÉIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Informações sobre a doença, tratamento e a prevenção de suas complicações</p>	<p>"[...] incentivo para aprender o que realmente é a doença, os sintomas e como controlar [...]".</p> <p>"[...] ajuda bastante no controle [...] para ter um tratamento eficaz".</p> <p>"[...] aprendo o que devo tomar, os cuidados que tenho que ter (olhos, pés) [...]".</p> <p>"[...] criei consciência do que realmente é a doença e os cuidados que devo ter para evitar o pior."</p>

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2007.

físicos, fazem palestras, discussões em grupos, dinâmicas de grupo para que os participantes aprendam de forma simples e lúdica o que deve ser feito para evitar complicações e preveni-las (SOARES, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou-nos constatar a grande necessidade de lutar pela implementação de uma política de educação contínua, no conjunto de medidas relacionadas ao acompanhamento dos portadores de diabetes mellitus. Sobretudo, ressalta-se a importância de acreditar no trabalho conjunto, multidisciplinar, de

assistência aos mesmos, no qual todos os profissionais envolvidos no processo terapêutico possam exercer atividades educativas, realizando ações de promoção da saúde e prevenção da doença e de suas complicações, construindo habilidades específicas para a condução autônoma do autocuidado, proporcionando assim adesão às mudanças dos hábitos e estilo de vida, promovendo o maior nível de bem-estar possível, retardando o aparecimento das complicações.

Este estudo nos fez perceber que a educação para o autocuidado é considerada essencial para favorecer a participação do paciente e da família no processo da construção educativa, voltada para aderência

terapêutica, que deve conduzir ao sucesso do tratamento, auxiliando o paciente a atingir os objetivos traçados para suas necessidades específicas.

A análise ofereceu dados revelando que todos os participantes do estudo se sentiam seguros e felizes com as ações educativas desenvolvidas no PSF e com essas ações eles aprendiam de maneiras simples de controle da diabetes, e prevenção de suas complicações, como a reeducação alimentar e a distribuição da cesta básica com alimentos destinados exclusivamente para o consumo dos mesmos.

Dessa forma, pode-se afirmar que o domínio das informações relacionadas ao tratamento da diabetes possibilita aos portadores usufruir de autonomia e segurança para o autocuidado, logo, esses pacientes precisam receber maior atenção da equipe multidisciplinar, que deve atentar para a importância de instruí-los e avaliá-los, verificando se o conteúdo foi apreendido, podendo ser assim aplicado na vida diária. Torna-se, também, necessário estabelecer metas graduais de tratamento, ao mesmo tempo em que avalia seus comportamentos frente às mudanças definidas, tentando ajudá-los a superar suas limitações.

Por fim, espera-se que os resultados apresentados venham a contribuir com as

estratégias de educação em saúde, servindo de motivação para uma participação mais efetiva da equipe multiprofissional, do paciente e de sua família, na busca de novas mudanças focadas no aprendizado sobre o autocuidado e prevenção de complicações da diabetes mellitus.

Fica, portanto, o exemplo para os profissionais e educadores que acreditam no sonho compartilhado, da coragem de desenvolver novas formas de trabalhar na assistência aos portadores de diabetes, que conduzam a novos compromissos e mudanças, fazendo com que o ambiente de atendimento seja um centro de qualidade e cidadania, lugar privilegiado no processo de construção da educação contínua e participativa, pois é necessário caminharmos juntos, reforçando laços e contribuindo para a formação de cidadãos conscientes e preparados para exercer a autonomia na condução do autocuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro 1996**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. **Hipertensão arterial sistêmica**: HAS

**EDUCATIVE ACTIONS IN THE PSF: DEPOSITIONS
OF CARRYING USERS OF DIABETES MELLITUS**

ABSTRACT

The education in health is a basic important action, which to be established in the critical reflection of the group, because the beginning of this education it is the development of the conscience of the causes, the problems and the necessary actions for the improvement of the conditions of health. The comment of the reality lived deeply in the PSF during practical activities tied our academic formation, gave us the opportunity to assistance the carrying patients of diabetes mellitus, e in this reality, It was noted that many of these patients were unaware of important aspects on the illness, had doubts and were unaware of mainly as if to autocuidar. From this problematic one it was that the interest appeared to develop this research that had as objective to identify, next to the carriers of diabetes mellitus, the educative actions developed by the team of health in the PSF of the city of Santarém - PB, and to analyze if these actions come contributing for the control of diabetes mellitus e the prevention of its complications. Carried through with carriers of diabetes mellitus inserted in the project "To live Well" developed for the team of health of the PSF of Santarém - PB. One was about a exploratória and descriptive research, carried through with 10 carriers. A form for collection of the data was used that after that had been analyzed on the basis of the approach of the quanti-qualitative method. During transcorrer of the research were followed the guidelines of the 196/96 Resolution and Resolution COFEN 311/2007 had been all obeyed. From the analysis and interpretation of the data it can be observed in the socioeconômicas characteristics of the searched ones that 30% possess the age of superior the 60 years; 70% were of the feminine sex, being that of this total 75% it has as profession/occupation the domestic; 100% were originating the city of Santarém; 50% had its confirmed diagnosis of 1 the 5 years and 50% come more than being folloied the six years. How much to the speeches of the collective citizen it was possible to identify that the medicamentoso treatment, physical activities and in groups, and the nutricional control is considered by the participants as educative activities developed by the team of health for the control of diabetes mellitus e prevention of its complications. The searched ones had also told that security guard and satisfaction feel to be participating of the educative activities in the PSF. From these activities changes of habits had been related, acquisition of knowledge on the pathology and the stimulatón to the autocuidado one. Finally, the speech of the collective citizen disclosed in emphatical way, the presence of incentive to the autocuidado one, financial support, and the information on the illness, treatment and the prevention of its complications.

e diabetes mellitus - DM. Brasília. DF, 2002 (Cadernos de Atenção Básica, 7).

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. **Doenças Crônicas-Degenerativas e Obesidade: Estratégia Mundial Sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.** Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Portal da Saúde. **Hiperdia.** Disponível em: <www.saude.gov.br-hiperdia.htm>. Acesso em: 09 abril 2007.

COFEN-CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução 311 em 12 de maio de 2007.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública.** São Paulo: Yendis, 2005.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em

saúde: conhecimentos, representações sócias e experiências da doença... **Cadernos de Saúde Pública.** v. 21, n. 1. Rio de Janeiro, jan./fev., 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100022&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 26 nov. 2007.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa.** 2. ed. Caxias do Sul: Edusc, 2005.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

LYRA, R. *et al.* Prevenção do Diabetes Mellitus tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo.** v 50, n. 2, São Paulo, abr. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-

27302006000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 nov. 2007.

LEVY, S. N. *et al.* **Educação em saúde**: histórico, conceito e propostas. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaoosaude/educacaoosaude.htm>. Acesso em: 10 maio 2007.

PEREIRA, A.L. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 19, n.5, Rio de Janeiro, p. 1519-1533, 2003.

RODRIGUES, J. F. **Perfis femininos**: simbologia e representação na sociedade de Uberlândia: 1920 a 1958. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da USP, São Paulo, 1995.

SYLVAIN, N. L. *et al.* **Educação em saúde**: histórico, conceito e propostas. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns>. Acesso em: 10 maio 2007.

SHERWIN, R. Diabetes Mellitus, In: GOLDAMAN, L.; BENNETT, J. C. (Ed). **Cecil**: tratado de medicina interna. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. v. 2.

SMETZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e**

Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOARES, E. A. **Por amor a Santarém**. Edição comemorativa aos 13 anos de emancipação política. Santarém: Informativo da Prefeitura Municipal de Santarém. Ano II, n. 2, julho/2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas para o Diabetes Mellitus**. São Paulo: SBD, 1997.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

Monografia

FATORES DE RISCOS MAIS FREQUENTES NO DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NO IDOSO

*Tereza Jamyle da Silva Araújo¹
Bernadete de Lourdes André Gouveia²
Oriana Deyze Paiva Correia³
Gerlane Ângela da Costa Moreira⁴*

RESUMO

O envelhecimento é um processo normal de alterações fisiológicas relacionado com o tempo, com modificações morfológicas, funcionais e psicológicas. Com o avanço da idade, o subcutâneo e o sistema muscular sofrem modificações na estrutura orgânica, ficando mais susceptíveis à injúria mecânica, ocasionada principalmente pela ação da pressão. A úlcera por pressão é uma lesão produzida por uma pressão constante sobre uma área de proeminência óssea, diminuindo o fluxo sanguíneo nessa região, o que resulta em danos aos tecidos subjacentes. Portanto, esta pesquisa teve como objetivo geral identificar os fatores mais frequentes no desenvolvimento de úlcera por pressão no idoso; e específicos, caracterizar os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão no idoso; identificar o aparecimento de úlcera por pressão em idosos internados/hospitalizados; demonstrar os locais de maior frequência para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Esta é uma pesquisa descritiva-exploratória e documental, com abordagem quantitativa, que foi realizada em um hospital público filantrópico da cidade de João Pessoa-PB, no mês de setembro de 2007. A amostra do estudo foi composta por dez pacientes idosos de ambos os sexos, internados no referido hospital, que desenvolveram úlcera por pressão ou apresentaram fatores de risco para o desenvolvimento dessas lesões, com seus respectivos prontuários, tendo recebido anteriormente parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP das Faculdades Nova Esperança. Os resultados demonstram que a restrição dos idosos ao leito são devido a 40% (4) acometidos por AVC, 20% (2) por quedas, 20% (2) neoplasias, 10% (1) cirurgias, 10% (1) por diabetes. As doenças neurológicas são as grandes causadoras da restrição do paciente ao leito; quanto ao conhecimento sobre úlcera por pressão 90% (9) não tinham nenhum conhecimento e nem foram esclarecidos sobre a patologia em questão e apenas 10% (1) sabia o que era UP, definindo popularmente como escara; entre os cuidadores 60% (6) eram membros da família e estavam presentes no seu cuidado e 40% (4) eram cuidadores que a família contratava ou era conhecido do idoso; para o motivo da internação 50% (8) eram de infecções causadas por UP, e os demais 19% (3) para tratamento clínico de pacientes com AVC; 13% (2) anemia; 6% (1) caquético; 6% (1) para tratamento clínico de incisão cirúrgica; 6% (1) para suporte clínico de hemotransfusão e analgesia. Foi constatado que 70% (7) dos idosos já tinham desenvolvido a UP antes do internamento e 30% após, tendo o surgimento dessa patologia acontecido no ambiente hospitalar. Nas patologias identificadas, observou-se que a desnutrição 27% (7) e a desidratação 27% (7) são as patologias mais presentes nesses pacientes idosos que desenvolveram a UP, seguidos da presença de AVC 15% (4) e anemia 15% (4), com uma menor incidência o diabetes mellitus 8% (2) e neoplasia 8% (2). A amostra apresentava mais de uma hipótese diagnóstica no internamento 31% (8) foi devido à estreptococcia; 19% (5) por desidratação; 15% (4) devido à sequela de AVC; 15% (4) à anemia; 8% (2) à hipertensão arterial; 8% (2) à neoplasia; 4% (1) ao diabetes. Acreditamos que o estudo alcançou os objetivos propostos e que a partir dos resultados nele apresentado é possível planejar metas possíveis de intervenções de enfermagem apropriadas à prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

Palavras-chave: Fatores de risco. Úlcera por Pressão. Idoso.

¹ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

² Orientadora. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba –UFPB. Docente da FACENE. Vice-Coordenadora do NUPEA - Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas das Faculdades Nova Esperança. Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança. End. Rua Rangel Travassos, 1270, Cristo, João Pessoa-PB. CEP 58070-120. Fone: (83) 88726748. E-mail: bernagouveia@yahoo.com.br.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Coordenadora do NUPEA/Facene/Famene. Docente da UFPB.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e justificativa

O envelhecimento é um processo normal de alterações fisiológicas relacionado com o tempo, com modificações morfológicas, funcionais e psicológicas. Para a Organização Mundial da Saúde, o indivíduo idoso classifica-se na faixa etária do homem mais velho, acima de 60 anos.

Uma das principais características da população mundial neste início de um novo século é a de que tem havido um aumento expressivo, tanto em número absoluto como relativo, de pessoas com 60 anos de idade e mais. Dos cerca de 600 milhões de idosos vivendo hoje no mundo, cerca de 370 milhões estão vivendo em países em desenvolvimento, e as projeções para os próximos 20 anos apontam para uma população de mais de um bilhão de idosos, dos quais 70% (700 milhões) irão residir em países pobres. Enquanto os países em desenvolvimento envelhecerão em menos de 30 anos, os países ricos envelhecerão lentamente durante cerca de mais de 100 anos (LITVOC; BRITO, 2004).

O envelhecimento da população é considerado um fenômeno mundial e adquire características próprias em nosso país, conforme a rapidez com que vem se instalando. Estima-se que em 2020 as pessoas com idade superior a 60 anos serão responsáveis por mais de 15% da população brasileira. Pode-se afirmar que o Brasil, antes considerado um país de jovens, hoje já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido, segundo padrões estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os principais determinantes do processo de envelhecimento da população brasileira são a baixa na taxa de fecundidade e na mortalidade infantil (FARDO; CREUTZBERG; SILVA, 2006).

No Brasil, a esperança de vida é de 67 anos e, em 2025 a expectativa é que possa chegar aos 74 anos. A comparação com os dados de décadas anteriores revela um crescimento na expectativa de vida do brasileiro e, em consequência, no número de velhos. Em 1940, a esperança de vida não passava dos 42 anos e em 1970 era de 60 anos, ou seja, seis anos menos do que

hoje. O crescimento populacional na faixa do 0 aos 14 anos, entre 1950 e 1980, foi de 109% enquanto os dos habitantes com mais de 60 anos foi de 227% (ZIMERMAN, 2000).

Segundo a pesquisa do IBGE, a expectativa de vida da população paraibana em 2020 será de 81,2 anos de idade, sendo que as mulheres viverão em média 3,2 anos a mais que os homens (FERNANDES, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), a Paraíba possui uma população de 367.813 idosos. Já o município de João Pessoa apresenta 55.620 idosos. A velhice é caracterizada por importantes alterações orgânicas decorrentes da evolução de cada indivíduo e pelas marcas deixadas pelo tempo. O organismo torna-se mais frágil e, conseqüentemente, mais exposto às doenças.

É comum encontrarmos pessoas que associam o envelhecimento à doença, quando deveriam associar a uma nova fase da vida, que como às demais (infância, adolescência, idade adulta) possuem suas características próprias. Nenhuma é melhor ou pior do que a outra, são apenas diferentes (HARGREAVES, 2006).

Com o avanço da idade, a pele, o subcutâneo e o sistema muscular sofrem modificações na estrutura orgânica, ficando mais susceptíveis à injúria mecânica, ocasionada principalmente pela ação da pressão. Devido a esta maior predisposição, cerca de 50% das pessoas com úlceras por pressão estão acima de 70 anos de idade. São afecções comuns, especialmente entre idosos institucionalizados e em pacientes dependentes e debilitados (BISPO *et al.*, 2002).

Úlcera por pressão é uma lesão, provocada pela pressão exercida nos tecidos subcutâneos, pelas proeminências ósseas e pelos objetos em contato com o corpo. Nessa lesão, a pele, o tecido, as proeminências, os tecidos muscular e ósseo podem ser comprometidos devido à diminuição do fluxo sanguíneo, provocando isquemia capilar, desnutrindo a região sobre compressão, levando a anóxia tecidual e necrose (POSSO; GIARETTA, 2005).

As úlceras por pressão são causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. Os fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento dessas lesões são:

a pressão, o cisalhamento, a fricção, imobilização e a umidade. Os fatores intrínsecos relacionados ao aparecimento das Úlceras por Pressão (UP) são: as alterações cutâneas relacionadas à idade, os processos patológicos, a diminuição da perfusão tecidual, o edema, o fator nutricional, a idade avançada, a hipotensão arterial, tonicidade muscular, estado mental, motricidade involuntária exagerada, incontinência urinária, dificuldade ou falta de inervação sensorial.

Estes sinais e sintomas contribuem para o desenvolvimento de fatores físicos locais, facilitando a ruptura da pele como a maceração, que é a redução da resistência da pele causada pela umidade (POSSO; GIARETTA, 2005).

Observando o grande crescimento da população idosa e a presença de úlceras por pressão em idosos hospitalizados veio o interesse por investigar os problemas de saúde existentes numa parcela considerável desta população, investigando quais os fatores predisponentes para o desenvolvimento destas lesões, Levando aos seguintes questionamentos: Existe uma preocupação por parte dos profissionais em prevenir úlcera por pressão? As instituições têm estrutura para atender esta população? Os profissionais de saúde têm conhecimento suficiente para lidar com o idoso, prevenindo ou cuidando das úlceras por pressão?

1.2 Objetivo Geral

Identificar os fatores de risco mais frequentes no desenvolvimento de úlcera por pressão no idoso.

1.2.1 Objetivos Específicos

- Caracterizar os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão no idoso.
- Identificar o aparecimento de úlcera por pressão em idosos internados/ hospitalizados.
- Demonstrar os locais de maior frequência para o desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

Nesta parte da pesquisa iremos apresentar e justificar os caminhos que seguiremos durante todo o processo de investigação, isto é, os passos metodológicos que foram utilizados para realização da pesquisa, no que se refere ao desenvolvimento do trabalho.

Minayo (1999, p. 16) entende metodologia como: "o caminho do pensamento e prática exercida na abordagem da realidade". Dentro desse caminho, afirma que são estabelecidas condições teóricas de caracterização do estudo, da população, amostra selecionada para obtenção de informações, do instrumento e procedimento de coleta de dados enquanto técnica de abordagem, e por fim exposição desses.

2.1 Tipo de Pesquisa

Este estudo representa uma pesquisa descritiva-exploratória e documental, com abordagem quantitativa.

Pesquisa é uma investigação sistemática que usa métodos para responder às questões ou resolver os problemas, a meta final da pesquisa é desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimentos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Gil (2006) e Andrade (2005) relataram que as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis. Isso significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador. Gil (2006) diz que a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Segundo Figueiredo (2004), na pesquisa documental são investigados documentos a fim de descrever e comparar diferenças e outras características nele contidas. A fonte da pesquisa pode ser extraída de documentos escritos ou não escritos, como filmes, vídeos, slides, fotografias ou posters. Esses documentos são utilizados em função de informações, indicações e esclarecimento que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de provas para outras, de

acordo com o interesse do pesquisador.

No que se refere à abordagem quantitativa, Richardson (2007) diz que é caracterizada pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Esse método representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando consequentemente uma margem de segurança quanto às inferências.

2.2 Local da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Padre Zé, uma instituição pública filantrópica, que atende, em sua maioria, uma clientela de idosos, localizado no bairro de Tambiá, no município de João Pessoa – Paraíba.

2.3 População e Amostra

A população foi constituída por todos os pacientes idosos que estiveram internados na instituição, local da pesquisa, e seus respectivos prontuários.

Segundo Richardson (2007), população é o conjunto de elementos que possuem determinadas características. Usualmente, fala-se de população ao se referir a todos os habitantes de determinado lugar.

A amostra foi composta por dez pacientes idosos, de ambos os sexos, e seus respectivos prontuários, de onde foram retiradas informações que o sujeito não soube precisar; que desenvolveram úlceras por pressão ou apresentaram fatores de risco para o desenvolvimento destas lesões e aceitaram participar da pesquisa.

Lakatos e Marconi (2002) definem amostra como uma parcela convenientemente selecionada do universo.

2.4 Instrumento para Coleta de Dados

Foi utilizado um instrumento do tipo formulário estruturado com questões relacionadas ao tema da pesquisa.

Segundo Lakatos e Marconi (2002), formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado.

2.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2007, após apresentação do projeto e encaminhamento da Faculdade à Instituição foco da pesquisa, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

Foi realizada também a técnica de observação, a fim de preencher alguns itens do formulário com maior segurança.

2.6 Posicionamento Ético para a Coleta de Dados

Para a realização desta pesquisa foram observados os aspectos éticos de que trata a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo o anonimato e os princípios básicos: a beneficência, o respeito à pessoa e a justiça.

Para tanto foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

Foi solicitada, ainda, a autorização do responsável legal do sujeito, base dessa pesquisa, atendendo aos mesmos direitos reservados a todo e qualquer participante da pesquisa.

2.7 Análise dos Dados

Os resultados obtidos foram analisados e apresentados em forma de figuras e gráficos, agrupados e distribuídos segundo frequência e percentuais, posteriormente discutidos e analisados de acordo com a literatura pertinente ao tema, sob enfoque do método quantitativo.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesta fase do estudo, foram discutidos e analisados os dados relacionados à caracterização sociodemográficos dos participantes, e dados relacionados às questões norteadoras da pesquisa. Os mesmos foram analisados através do método

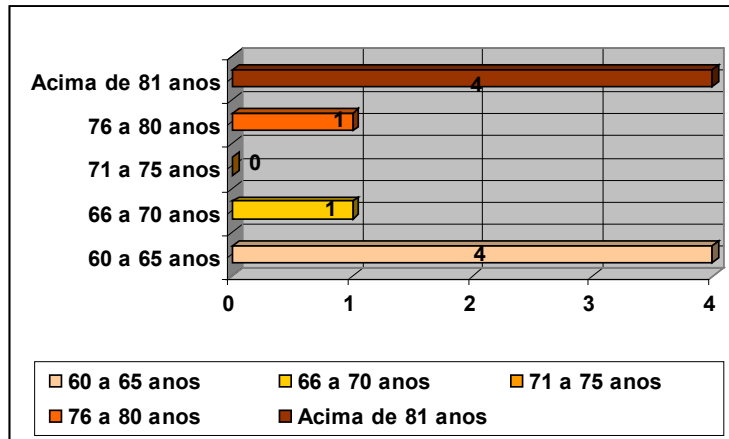
quantitativo.

3.1 Caracterização da amostra

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo a faixa etária

Fonte: Hospital Padre Zé, 2007.

O Gráfico 1 representa a faixa etária



dos idosos que fizeram parte da pesquisa compondo uma amostra de 10 participantes.

Conforme o Gráfico 1, 4 (quatro) indivíduos participantes da amostra tinham idade acima de 81 anos; 1 (um) entre 76 a 80; 1 (um) 66 a 70; e 4 (quatro) de 60 a 65 anos.

A idade avançada associada a outros fatores (doenças crônicas-degenerativas, cuidado prestado aos idosos, etc.) tem mostrado ser fator importante no desen-

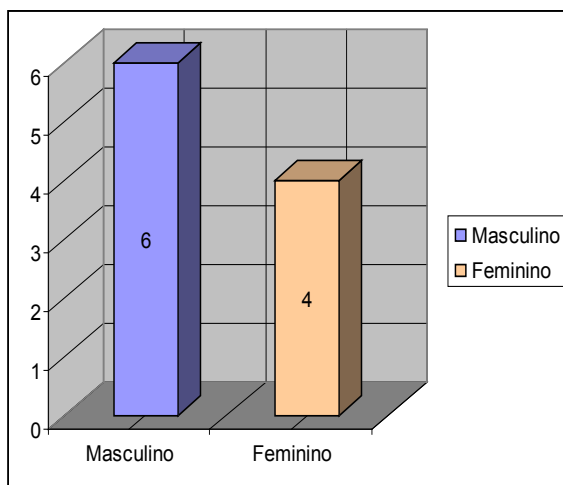


Gráfico 2: Distribuição percentual da amostra segundo o sexo.

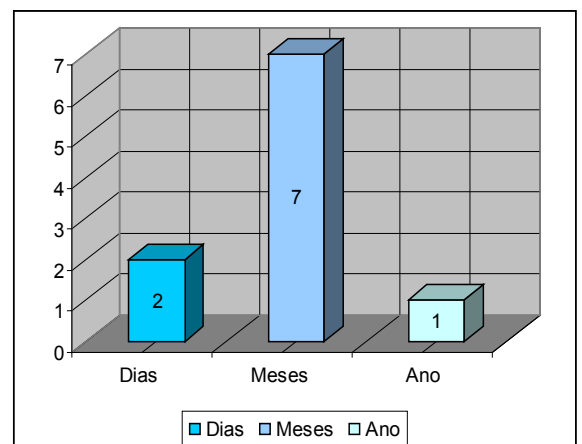
Fonte: Hospital Padre Zé, 2007.

volvimento de úlcera por pressão. À medida que as pessoas envelhecem, sua pele se torna mais fina e menos elástica, em parte, isso ocorre quando há uma redução na quantidade e na qualidade do colágeno na derme. Podendo existir também perda da massa corpórea total, resultando em dobras soltas de pele no corpo. Aumenta a partir daí a probabilidade na pessoa idosa em desenvolver a úlcera por pressão, quando elas ocorrem, sua cura é bem mais difícil no idoso do que no jovem (DEALEY, 2001).

O Gráfico 2 demonstra que 60% (6) desses idosos eram do sexo masculino e 40% (4) do sexo feminino.

Não foram encontrados dados na literatura que relacionem a presença de úlcera por pressão com o sexo, porém, ambos os gêneros estão expostos a adquirir esta patologia, bastando tão somente possuírem um ou mais fatores de risco e uma deficiência no cuidado prestado a esta clientela por parte dos cuidadores responsáveis pelos mesmos.

3.2 Caracterização da amostra relacionada a questões norteadora



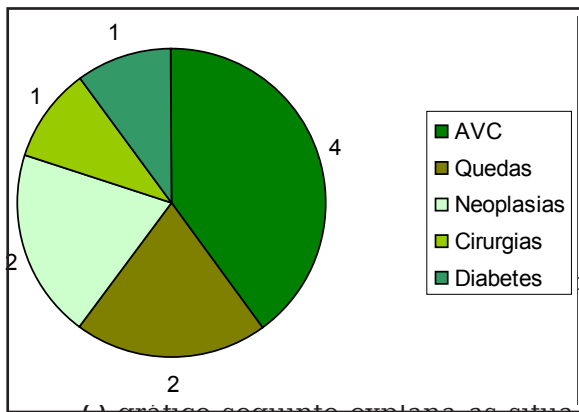
Este gráfico mostra a temporalidade

Gráfico 3: Idosos que estavam restritos ao leito e com movimentos do corpo

Fonte: Hospital Padre Zé, 2007. Observado que 20% (2) estavam acamados há poucos dias, 70% (7) há meses e 10% (1) há um ano, e todos apresentavam úlcera por pressão. Desta

forma entendemos que o tempo pode não influenciar para o aparecimento de lesões, tendo também como fator contribuinte o estado geral e clínico do paciente e a demora ou ausência do alívio da pressão para o desenvolvimento da úlcera por pressão.

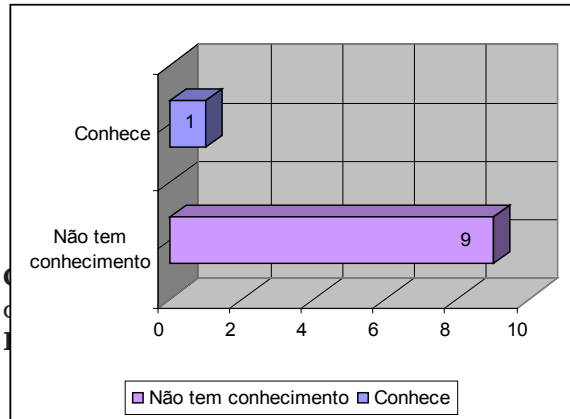
Esta lesão se desenvolve a partir de uma pressão prolongada não aliviada nas proeminências ósseas causando danos aos tecidos subjacentes, visto que o alívio da pressão para a prevenção dessas lesões está na realização da mobilidade do paciente no leito.



O gráfico seguinte explica as situações que ocasionaram a restrição do paciente ao leito, sendo 40% (4) acometidos por AVC; 20% (2) por quedas; 20% (2) neoplasias; 10% (1) cirurgias; 10% (1) por diabetes.

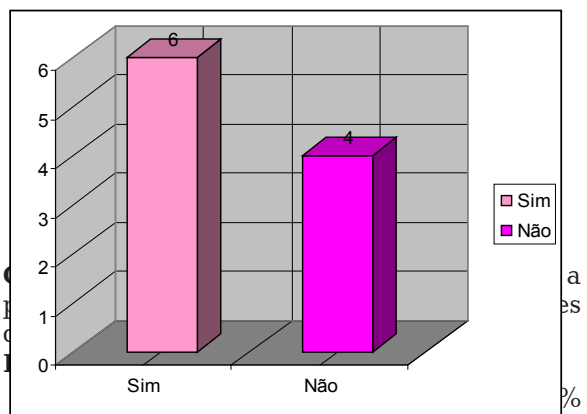
A doença neurológica (AVC) é a grande causadora da restrição do paciente ao leito. Foram também encontrados pacientes idosos acamados devido a quedas, onde ocorreu fratura de fêmur, e medo de voltar a deambular. O medo de cair e a perda da autoestima podem provocar prejuízos enormes que envolvem o idoso ao risco de novas quedas e à imobilidade de autoproteção. Neoplasias, cirurgias de membros e doenças crônico-degenerativas como o diabetes, também levam a essas situações de restrição e mobilidade física prejudicada.

Essas doenças causam incapacidade e dependência física, propiciando a imobilidade, que é o fator mais importante e, geralmente, a condição necessária para o desenvolvimento da úlcera por pressão (BISPO *et al.*, 2002).



entre familiares e cuidadores, 90% (9) de ambos não tinham nenhum tipo de conhecimento e nem foram esclarecidos sobre a patologia em questão, e apenas 10% (1) sabia o que era úlcera por pressão, definindo popularmente como escara.

Em muitas situações, os profissionais de saúde não podem prestar todos os cuidados de assistência ao paciente. O acompanhante ou um cuidador deve desempenhar essa atividade tão importante para a prevenção da úlcera por pressão que é a mudança de decúbito de 2/2 horas. Mas, para isso, é preciso que a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas) possa intervir esclarecendo sobre a patologia em questão e medidas preventivas para a mesma, dessa forma contribuindo para a redução ou controle de incidências desta patologia, evitando dessa forma maiores danos ao estado de saúde do paciente.

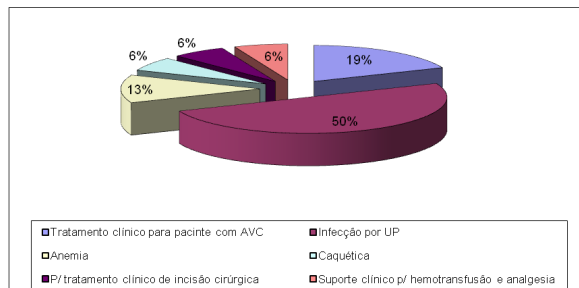


(6) dos entrevistados eram membros da família e estavam presentes no seu cuidado, e 40% (4) eram cuidadores ou conhecidos do idoso que a família contra-tava.

As úlceras por pressão, resultantes de cuidados domiciliares inadequados ou desenvolvidas no próprio hospital, constituem-se em um grande problema na rotina das instituições hospitalares, asilares e domiciliares, pois são lesões de complicada e demorada cicatrização. Além disso, devem ser considerados o sofrimento, a dor e a perda da autoestima do paciente, pela imagem corporal desfeita. Quando a família é orientada pela equipe, torna-se aliada da mesma, contribuindo sobremaneira no cuidado (LIELL; LIPINSKI, 2003).

As úlceras por pressão, agravam o estado geral de saúde dos idosos, demandando mais tempo e recursos para sua assistência, exigindo do familiar e cuidador conhecimento e habilidades específicas sobre esta lesão tão presente em idosos acamados.

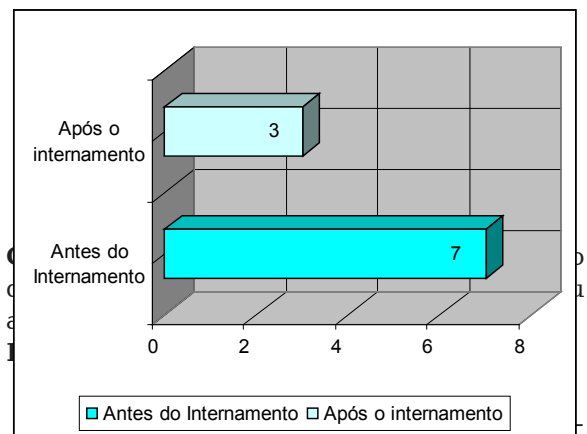
normalmente colonizam úlceras em geral. A infecção local dificulta enormemente a cicatrização e a cura. A bacteremia e a sepse contribuem para os índices de mortalidade aumentados em pacientes com úlcera por pressão e comumente estão associadas à presença de *Staphylococcus aureus*, Gram negativos ou *Bacterioides fragilis* nas lesões (FREITAS, 2006).



incidência 101 de UP, foram 50% (8) infecções por UP, e os demais 19% (3) para tratamento clínico de pacientes com AVC; 13% (2) anemia; 6% (1) caquético; 6% (1) para tratamento clínico de incisão cirúrgica; 6% (1) para suporte clínico de hemotransfusão e analgesia.

Vale ressaltar que o estado nutricional está diretamente relacionado com o surgimento dessa infecção na UP, assim como a anemia e a caquexia.

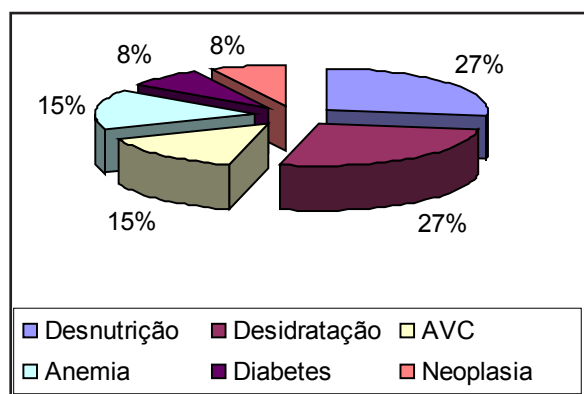
Toda úlcera por pressão desencadeia infecções, e a maioria desses idosos apresentavam tal estado infeccioso. As desses idosos apresentavam tal estado infeccioso. As complicações mais frequentes das úlceras por pressão estão relacionadas a problemas infecciosos, em nível tanto local como sistêmico, decorrentes da existência de soluções de continuidade da pele e da proliferação de microrganismos que



volvimento da úlcera por pressão no paciente antes e após o seu internamento, onde foi constatado a incidência de 70% (7) dos casos que já tinham desenvolvido a lesão antes do internamento e 30% após, tendo o surgimento desta patologia acontecido no ambiente hospitalar.

Um importante dado observado nos resultados foi em relação aos pacientes que em sua maioria adquiriram úlcera por pressão em suas residências, anteriormente à admissão na instituição. Isto se deve ao desconhecimento da família e cuidadores desses pacientes sobre os fatores de riscos para o surgimento e desenvolvimento dessas lesões e medidas preventivas das mesmas. No entanto o percentual de 30% dos pacientes terem desenvolvido tal lesão após o internamento é também revelador e demonstra a falta de orientação e auxílio da equipe de enfermagem sobre medidas preventivas, como por exemplo: massagem de conforto, mudança de decúbito, hidratação e nutrição para o não-surgimento das úlceras por pressão, proporcionando conforto, assistência de qualidade e diminuição do tempo de

internamento hospitalar tão necessário a essa clientela diferenciada.



maior de patologias que o número de idosos entrevistados/observados; alguns apresentavam mais de uma patologia associada ao desenvolvimento da úlcera por pressão no idoso.

Ao identificar várias patologias no gráfico, observou-se que a desnutrição 27% (7) e a desidratação 27% (7) são as patologias mais presentes nesses pacientes idosos que desenvolveram a UP. Seguidos da presença de AVC 15% (4) e anemia 15% (4), com uma menor incidência o diabetes mellitus 8% (2) e neoplasia 8% (2).

A deficiência nutricional e problemas de hidratação são fatores que podem aumentar o risco de lesões na pele e retardar a cicatrização de feridas (HESS, 2002).

A desnutrição protéica calórica é um dos principais fatores que influenciam na cicatrização, pois a deficiência de proteínas diminui a síntese de colágeno e leucócitos, e o déficit de lipídios e carboidratos retarda todas as fases de cicatrização (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR; PALERMO, 2007).

Pacientes que passam maior parte do tempo restrito ao leito, como nos pacientes acometidos por AVC, tendem ao surgimento da UP, devido ao seu nível de consciência rebaixado e conseqüentemente déficit no autocuidado, também devido à falta de cuidados adequados para com os mesmos, na prevenção e tratamento dessas lesões, por parte dos seus cuidadores. Outras patologias observadas foram anemias, diabetes mellitus e neoplasias que sempre de

uma ou de outra, atrelados a uma assistência inadequada, contribuem também para o desenvolvimento desta lesão tão temida por todos e descuidada por muitos.

Hipótese

hipótese diagnóstica	Nº	%
Estreptococcias	8	31
Desidratação	5	19
Sequela de Avc	4	15
Anemia	4	15
Hipertensão	2	8
Neoplasia	2	8
Diabetes	1	4

Tabela 1: Distribuição das hipóteses diagnósticas dos pacientes no momento do internamento.

Fonte: Hospital Padre Zé.

A Tabela 1 demonstra a distribuição das hipóteses diagnósticas dos pacientes no momento do internamento, entendendo que cada sujeito participante da pesquisa apresentava mais de uma HD, onde 31% (8) foi devido a estreptococcia; 19% (5) por desidratação; 15% (4) devido à sequela de AVC; 15% (4) anemia; 8% (2) hipertensão arterial; 8% (2) neoplasia; 4% (1) diabetes.

Clientes com mais de 60 anos de idade e portadores de comorbidades associadas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, imunodependentes fazendo uso de imunodepressores, por exemplo, são mais suscetíveis às infecções, pois o organismo vai alterando lentamente seus mecanismos fisiológicos naturais de defesa. Alteração da resposta imune, doenças degenerativas, circulação sanguínea deficiente, inibição do reflexo da tosse, dificuldade de cicatrização de feridas e depressão são alguns dos problemas que tais clientes podem enfrentar. Vale também lembrar ainda que a hospitalização e o afastamento social acabam por acelerar esses mecanismos, aumentando a suscetibilidade à infecção (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A idade avançada associada a outros fatores (doenças crônico-degenerativas, falta de cuidados prestado aos idosos, etc.) tem mostrado ser fator importante no

desenvolvimento de úlcera por pressão. As UP nos idosos pode ser resultante de cuidados domiciliares, asilares e hospitalar inadequados, isto mostrando que tais lesões aparecem pela ausência de cuidados diretos em qualquer pessoa que dependa de outrem. Esta lesão se desenvolve a partir de uma pressão prolongada, não aliviada nas proeminências ósseas, causando danos aos tecidos subjacentes, visto que o alívio da pressão para a prevenção dessas lesões está na realização da mobilidade do paciente no leito.

As UP constituem-se em um grande problema de saúde pública, que diariamente são encontradas nas instituições hospitalares, asilares e domiciliares, pois são lesões de rápido surgimento e complicada e demorada cicatrização. Além disso, devem ser considerados o sofrimento, a dor e a perda da autoestima do paciente pela imagem corporal desfeita. Quando a família é orientada pela equipe de saúde, torna-se uma aliada, contribuindo sobremaneira no cuidado (LIELL; LIPINSKI, 2003).

A UP é um problema de saúde pública evidente há muitas décadas, enfrentado por todas as instituições de saúde, asilos e familiares de pacientes idosos que apresentem riscos ou tenham desenvolvido esta patologia. Assim, é importante ressaltar que profissionais da área de saúde, cuidadores e familiares estejam sempre atentos aos pacientes com doenças incapacitantes, observando diariamente regiões do corpo expostas aos diversos fatores que favorecem o surgimento dessas lesões, uma vez que as mesmas podem ser decorrentes de negligência, falta de higiene, maus-tratos e pouca ou nenhuma ação de prevenção (mudança de decúbito) e tratamento diário.

Foi possível constatar que entre familiares e cuidadores, 90% (9) de ambos os grupos não tinham nenhum tipo de conhecimento e nem foram esclarecidos sobre a patologia em questão e apenas 10% (1) sabia o que era UP, definindo popularmente como escara. Nesse sentido é oportuno mostrar que 60% (6) dos entrevistados eram membros da família e estavam presentes no seu cuidado e 40% (4) eram cuidadores que a família contritava ou eram conhecidos do idoso.

Ainda um importante dado observado

nos resultados foi em relação aos pacientes que em sua maioria adquiriram úlcera por pressão em suas residências, anteriormente à admissão na instituição. No entanto, o percentual de 30% dos pacientes terem desenvolvido tal lesão após o internamento é também revelador e demonstra a falta de orientação e auxílio da equipe de enfermagem sobre medidas preventivas: como por exemplo, massagem de conforto, mudança de decúbito, hidratação e nutrição, para o não-surgimento dessas lesões, proporcionando conforto, assistência de qualidade e diminuição do tempo de internamento hospitalar, tão necessário a esta clientela diferenciada. As complicações mais frequentes das úlceras por pressão estão relacionadas a problemas infecciosos, em nível tanto local como sistêmico, decorrentes da existência de soluções de continuidade da pele e da proliferação de microrganismos que normalmente colonizam úlceras em geral.

Observou-se que a desnutrição 27% (7) e a desidratação 27% (7) são as patologias mais presentes nesses pacientes idosos que desenvolveram a UP. Seguidos da presença de AVC 15% (4) e anemia 15% (4), com uma menor incidência o diabetes mellitus 8% (2) e neoplasias 8% (2). Pacientes que passam maior parte do tempo restrito ao leito como nos pacientes acometidos por AVC, tendem ao surgimento da UP devido ao seu nível de consciência rebaixado e conseqüentemente déficit no autocuidado, também devido à falta de cuidados adequados para com os mesmos na prevenção, controle e tratamento das patologias que predis põe o aparecimento dessas lesões.

Desse modo, é imprescindível a implantação de programas e protocolos eficazes de prevenção e tratamento de úlcera por pressão, orientando a equipe de enfermagem, único profissional que está 24 horas diária na assistência direta com os pacientes/clientes, razão de cuidado destes profissionais. A promoção da saúde e a prevenção de doenças são as primeiras e principais etapas de assistência de saúde e no processo de cuidar em enfermagem. Ressalta-se ainda, a importância de uma equipe multidisciplinar nestes programas, com o intuito de melhorar e promover a qualidade da assistência aos idosos.

FACTORS THE RISK MOST FREQUENT IN THE DEVELOPMENT OF ULCER FOR AGED PRESSURE

ABSTRACT

Aging is a normal process of physiological alterations related with the time, with morphologic modifications, functional and psychological. With the advance of the age, the subcutaneous and muscle system suffers modifications in the organic structure, being susceptible to the injury mechanics, caused specially for the action of the pressure. The ulcer for pressure is an injury produced for a constant pressure on the region of bone preeminence, reducing the sanguineous flow of this region what results in damages to underlying tissues. Therefore: the mainly objective of this research was: to identify the factors most frequent in the development of ulcer for aged pressure in and the specific objectives: to characterize the factors of risk for the development of ulcer for pressure in the elderly; to identify the appearance of ulcer for pressure in interned/hospitalized aged; to demonstrate the places of most frequency for the development of ulcer for pressure. This is a descriptive - exploratory and documentary research with quantitative approach that was carried in a philanthropic public hospital of the city of João Pessoa-PB, in the month of September of 2007. The sample of the study was composed for ten aged patients of both sexes interned in the related hospital that developed ulcer for pressure or had presented factors of risk for the development of these injuries with their respective handbooks, having received previously favorable opinion of the Research Ethics Committee – REC of the College New Hope. The results demonstrate that the restriction of the elderly to the bed must 40% (4) with by AVC, 20% (2) for falls, 20% (2) neoplasias, 10% (1) surgeries, 10% (1) for diabetes, neurological illnesses are the most causer of the restriction of the patient to the bed; the knowledge about ulcer for pressure 90% (9) of both they did not have no knowledge and not even they was clarified about the pathology in question and only 10% (1) knew he meaning of UP, definite popularly as scab; among the caregivers 60% (6) they were members of the family and they were presents in its care and 40% (4) were caregivers that the family contracted or acquaintance of the elderly; for the reason of internment 50% (8) infections for UP, and the others 19% (3) for clinical treatment of patients with AVC, 13% (2) Anemia, 6% (1) thin in extreme 6% (1) for clinical treatment of surgical incision, 6% (1) for clinical support of hemotransfusion and analgesia; it was evidenced that 70% (7) of the aged already had developed the UP before internment and 30% after, having the sprouting of this pathology happened in the hospital environment; in the identified pathologies, it was observed that malnutrition 27% (7) and Dehydration 27% (7), are the pathologies most presents in these aged patients who had developed the UP followed of AVC 15% (4) and Anemia 15% (4), with a lesser incidence the Diabetes Mellitus 8% (2) and Neoplasia 8% (2); the sample presented more than one diagnostic hypothesis in internment 31% (8) had the Estreptococcia, 19% (5) for Dehydration, 15% (4) which had sequela of AVC, 15% (4) Anemia, 8% (2) Arterial hypertension, 8% (2) neoplasia, 4% (1) Diabetes. We believe that the study it reached the considered objectives and through the results in presented is possible to plan possible goals of appropriate interventions of nursing to the prevention and treatment of the ulcers for pressure.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, W. B.; BERKOW, R. *Manual Merck de geriatria*. São Paulo: Roca, 1995.
- ANDRADE, M. M. *Introdução a metodologia do trabalho científico*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

Key-words: Factors of risk. Ulcer for Pressure. Aged.

- BISPO, N. N. C. et al. Incidência de úlceras de pressão em residentes de uma instituição de longa permanência. **Cienc. Biol. Saúde**, Londrina, v.4, n. 8, out. 2002.
- BOUNDY, J. et al. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnvmipb.def>. Acesso em: 15 maio 2007.
- _____. **Estatuto do idoso**. 2.ed. Brasília, 2006.
- CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos clínicos e terapêuticos**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- COSTA, F.A.M.M.; MENEZES, M.R. O cuidado de idosos com úlcera de pressão: representação de familiares. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v.15, n.1/2, jan/ago 2002.
- DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
- FARDO, V. M.; CREUTZBERG, M; SILVA, M. C. S. Qualidade de vida de idosos hospitalizados: um estudo preliminar. **Nursing**, v. 86, n. 8, junho 2006.
- FERNANDES, M. G. P. **Atividades de lazer: sua importância na saúde do idoso**. 2006. 89 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa, 2006.
- FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.
- FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento**. São Paulo: Yendis, 2006.
- FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GEOVANINI, T.; OLIVEIRA JÚNIOR, G.O.; PALERMO, T.C.S. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2007.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HARGREAVES, L. H. H. **Geriatría**. Brasília: SEEP, 2006.
- HESS, C. I. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso, 2002.
- IRON, G. L. **Feridas: Novas abordagens, monejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- LIELL, M.V.V.; LIPINSKI, J.M. Da prevenção ao tratamento da úlcera de pressão: a família como aliada. **Revista Técnica Científica de Enfermagem**. Curitiba, v.1, n.2, p.115-121, mar./abr., 2003.
- LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- MINAYO, M.C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- POSSO, M. B. S.; GIARETTA, V. M. A. Úlceras por pressão: determinação do tempo médio de sinais iniciais em idosos sádios na posição supina em colchão hospitalar com densidade 28. **Arq. Méd. ABC**, v. 30, n.1, jan/jun 2005.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- ROACH, S. S. **Introdução á enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RUIPÉREZ, I.; LLORENTE, P. **Geriatría**. São Paulo: Mc Graw Hill, 1998.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.A.; MEIRELES, I.B. (Orgs.). **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Yendes, 2007.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos

biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Monografia

EXAME DE TOQUE RETAL: UMA INVESTIGAÇÃO COM UM GRUPO DE POLICIAIS

Luís Carlos Ferreira de Lima¹

Paulo Emanuel Silva²

RESUMO

Há evidências de que o câncer de próstata é a segunda maior causa de morte entre os homens, especialmente a partir da meia idade. Neste sentido, a problemática que envolve este estudo decorre do fato de a incidência do câncer de próstata ser relativamente grande, da sua alta taxa de mortalidade e, ainda, por se tratar de uma patologia que pode ser diagnosticada precocemente através do toque retal, sendo que na maioria das vezes, por questões culturais machistas e preconceituosas, os homens não se submetem a esse principal exame diagnóstico preventivo. Um fator importante que reforçou o interesse sobre o estudo foi o fato de que através de conversa informal, observamos que um grupo de policiais referiam resistência perante a realização do exame de toque retal. Para realizarmos este estudo, partimos dos seguintes objetivos: averiguar o conhecimento sobre o exame preventivo do câncer de próstata em um grupo de policiais; investigar sobre a existência de fatores que levam à não-realização do exame preventivo. O estudo foi desenvolvido do Instituto Penal Silvio Porto, tendo como amostra 35 policiais que concordaram em participar do estudo. Para coletar os dados foi utilizado um instrumento composto por questões relativas aos dados sociodemográficos e relacionados aos objetivos propostos, sendo analisados pela abordagem quantitativa. Os resultados revelaram que a população do estudo necessita de melhores informações acerca do exame preventivo do câncer de próstata, já que, a partir dos dados colhidos, obtivemos respostas que ficaram aquém do esperado, portanto, sugere-se que a instituição promova eventos que corroborem na promoção da saúde para que os profissionais tenham mais conhecimentos sobre a temática, conhecimentos suficientes para constituir em instrumento capaz de influir qualitativamente na saúde desses indivíduos.

Palavras chave: Câncer de próstata. Prevenção. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Segundo dados publicados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2007a) o câncer de próstata é a neoplasia mais freqüente no sexo masculino, representando 30% dos casos identificados. No Brasil, de acordo com dados do INCA (2007a), foram identificados cerca de 18,49 novos casos por 100.000 habitantes, ficando o câncer de próstata em segundo lugar após o câncer de pulmão, cuja incidência é de 18,89 novos casos por 100.000 habitantes. Na apresentação inicial dos pacientes com diagnósticos de câncer de próstata, 58% têm câncer localizado; 15% apresentam envolvimento regional e 16% apresentam metástases a distância, a maioria assintomática ou com sintomas de obstrução urinária baixa.

O INCA (2007b) prevê mais de 15.000 casos de câncer de próstata e mais de 7.000 óbitos causados pela doença no país, nos próximos anos. A taxa bruta de incidência fez com que o câncer de próstata assumisse, nos últimos tempos, o primeiro lugar como neoplasia mais incidente nos países desenvolvidos. Portanto, nas últimas décadas, o câncer de próstata tornou-se um problema relevante de saúde pública, o que denota a importância de ser estudado no sentido de ser melhor compreendido.

O câncer de próstata atinge principalmente os homens com idade acima de 50 anos.

¹ Enfermeiro graduado pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

² Enfermeiro graduado pela UEPB. Especialista em Administração dos Serviços de Saúde - UFPB. Mestrando em Ciências das Religiões – UFPB. Professor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. Endereço: R. Tabelação Erinaldo Nunes de Oliveira, 635, apt 201, Jardim Cidade Universitária. Cep: 580852-285. Tel.: (83) 8801-5570. E-mail: pauejp@hotmail.com;paulo@facene.com.br

O aumento de sua incidência na população é também uma decorrência do aumento da expectativa de vida do brasileiro, verificada ao longo deste século, cuja tendência é ultrapassar os 70 anos no ano de 2020. Sabe-se que o maior desafio da enfermagem para com essa patologia é promover o seu diagnóstico precoce, orientando sobre os sinais e sintomas perceptíveis. Nesse particular, reside a importância da realização do exame para verificar a presença dessa neoplasia geniturinária, pois todo homem com mais de 40 anos deve fazer um Exame Retal Digital (ERD), como parte do seu histórico regular de saúde (OTTO, 2002).

A problemática que envolve este estudo decorre do fato de a incidência do câncer de próstata ser relativamente grande, da sua alta taxa de mortalidade e, ainda, por se tratar de uma patologia que pode ser diagnosticada precocemente. Entretanto, na maioria das vezes, por questões culturais machistas e preconceituosas, os homens não se submetem ao principal exame diagnóstico preventivo, que é realizado através do toque retal. Um fator importante que reforçou o interesse sobre o estudo foi o fato de através de conversa informal observarmos que um grupo de policiais referiam a resistência perante a realização do exame de toque retal.

Diante do exposto, surgiram os seguintes questionamentos: Quais os conhecimentos que os policiais masculinos possuem com relação ao exame preventivo do câncer de próstata? Quais fatores levam esses indivíduos a não se submeterem ao exame que pode diagnosticar precocemente o câncer de próstata? Buscando responder esses questionamentos, traçamos os seguintes objetivos:

- averiguar o conhecimento sobre o exame preventivo do câncer de próstata em um grupo de policiais;
- investigar sobre a existência de fatores que levam à não-realização do exame preventivo.

METODOLOGIA

Para atender aos objetivos propostos tornou-se necessário o emprego de um estudo exploratório de natureza descritiva com abordagem quantitativa. Gil (2002)

destaca que a pesquisa exploratória permite o aprofundamento de idéias e também a coleta de dados no campo, mediante levantamento diretamente na fonte, o que permite a sua qualificação também como pesquisa de campo. A pesquisa descritiva, conforme indica Gil (2002), permite o estudo de uma realidade concreta, de uma situação prática, sendo normalmente desenvolvida com o apoio da pesquisa exploratória. No que se refere à abordagem quantitativa podemos destacar o que argumenta Richardson (1999 *apud* COSTA *et al.*, 2000), ao afirmar que esta abordagem, como o próprio nome indica, caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto das modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.

O estudo foi realizado no Instituto Penal Silvio Porto, localizado no bairro de Mangabeira, no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. A população foi composta por todos os policiais vinculados à instituição, que perfizeram um total de 102 policiais, sendo que a amostra foi configurada a partir dos seguintes critérios de seleção: estar presente na ocasião da coleta de dados, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; neste sentido, contamos com a participação de 35 policiais.

O instrumento empregado na coleta de dados foi um questionário contendo questões objetivas e subjetivas, versando sobre dois aspectos distintos de interesse do estudo: dados sociodemográficos da amostra e questões pertinentes aos objetivos propostos. A coleta de dados foi realizada após aprovação do comitê de ética e pesquisa das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE). Os dados foram agrupados e tabulados em um banco de dados de micro-computador, que forneceu o tratamento estatístico descritivo, demonstrando números percentuais e absolutos para a discussão e apresentação dos dados, que foram feitos sob a forma de gráficos, e em seguida analisados e discutidos com base na literatura pertinente.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo

com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, onde preconiza que a pesquisa feita individual ou coletivamente, que envolva seres humanos, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais, terá que ser baseada nesta resolução (BRASIL, 2000). Seguindo também os pressupostos da Resolução 311/2007 do COFEN (2007), onde se afirma que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade, atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação do ser humano, respeitando os preceitos éticos e legais.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

De acordo com os dados coletados, a amostra foi caracterizada com uma variação entre as faixas etárias, onde percebeu-se que 17,2 % (06) dos participantes estavam com idade entre 20 e 29 anos; 28,6 % (10) possuíam idades entre 30 e 39 anos; 51,4% (18) estavam com idades entre 40 e 49 anos e 2,8% (01) possuíam idade acima de 50 anos. Esses dados revelam que a amostra em sua maioria, representada por 51,4 %, estavam com idade variando entre 40 e 49 anos de idade, ou seja, são homens cuja faixa etária se preconiza a realização de exames preventivos para o câncer de próstata.

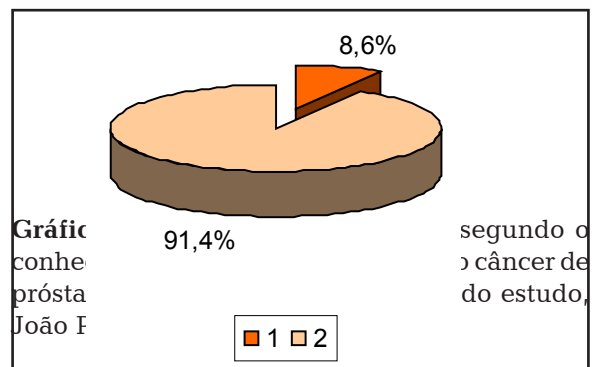
Com relação ao estado civil, obtivemos um percentual de 22,8 % (08) de solteiros; e 60 % (21) de casados, o que representa a maioria, no entanto 17,2 % (06) responderam que possuem outra modalidade de união, o que podemos inferir que os mesmos possuem união estável, mas não são oficialmente casados.

Quanto ao grau de instrução, 94,2 % (33) possuem ensino médio completo enquanto que 5,8% (02) possuem ensino superior completo. Vale ressaltar que a população escolhida para este estudo é composta por pessoas que possuem no mínimo o ensino médio completo, já que para entrar no serviço eles foram submetidos a concurso público que exige do candidato possuir comprovadamente esse nível de

escolaridade. No entanto, percebe-se, através dos dados, que uma pequena parcela da amostra tem procurado se qualificar através do ensino superior, demonstrando que de forma ainda "tímida" os profissionais desta categoria têm a pretensão de elevar seu nível educacional.

No que tange à renda mensal, 2,8 % (01) dos entrevistados recebem até 2 salários mínimos; 31,5 % (11) recebem até 3 salários mínimos, enquanto que 65,7 % (23) recebem mais de 3 salários. Por se tratar de um grupo de policiais, de acordo com as regras da carreira militar, seja marinha, exército ou aeronáutica, a renda irá depender de sua patente, a exemplo de soldados, cabo, sargento, tenente e capitão, por ordem de hierarquia.

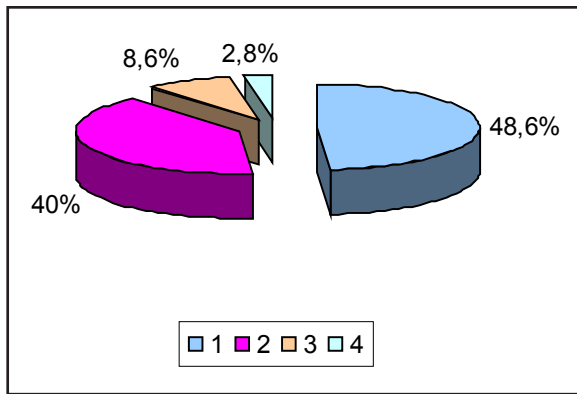
Caracterização da amostra de acordo com o conhecimento sobre o exame preventivo do câncer de próstata



O conhecimento por parte da amostra acerca do exame preventivo do câncer de próstata torna-se relevante no sentido de minimizar a sua incidência. No grupo estudado houve um percentual bastante elevado com relação ao conhecimento desse exame preventivo, onde o gráfico 1, mostra que 91,4 % (32) dos participantes dizem ter esse conhecimento enquanto que 8,6 % (03) não possuem conhecimentos acerca do exame preventivo.

Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo o tipo de exame conhecido. Dados obtidos por ocasião do estudo, João Pessoa, 2007.

Segundo os resultados da amostra



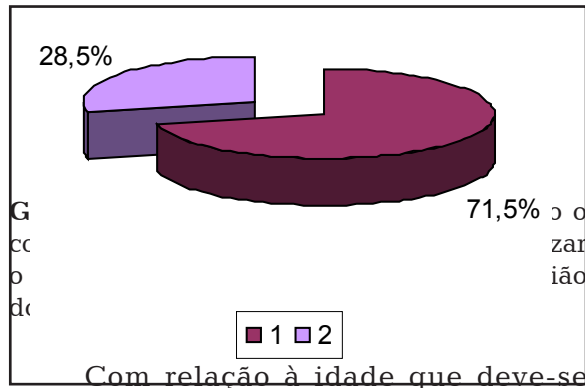
no que se refere ao conhecimento do exame preventivo do câncer de próstata, como visto anteriormente, foi detectado um grande percentual da amostra que respondeu ter conhecimentos acerca do exame, no entanto, podemos perceber que há uma certa dicotomia entre as respostas dos gráficos 1 e 2, pois o gráfico 2 mostra uma certa confusão quanto ao conhecimento sobre quais tipos de exames podem ser realizados na prevenção do câncer de próstata.

De acordo com o Gráfico 2, 48,6 % (17) da amostra responderam que esse exame seria o toque retal; 40 % (14) respondeu que além do toque retal se realizaria um exame de sangue, o que corresponde a alguns dos exames corretos, no entanto, 8,5 % (03) não souberam responder e 2,8 % (01) respondeu de forma totalmente errada, quando afirmou que esse exame seria o "câncer de ânus" ou "câncer de bexiga", perfazendo um total de 11,3 % da amostra que não possuem conhecimentos acerca do exame preventivo.

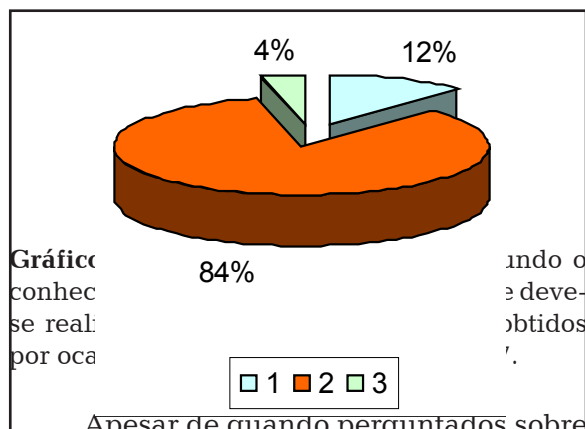
Gomes (1997) afirma que o toque retal continua sendo o exame mais usado para indicar o diagnóstico do adenocarcinoma de próstata (ACP), no entanto, o autor salienta que esse tipo de exame não pode fazer todos os diagnósticos, pois os tumores de tamanhos reduzidos e os localizados em outras áreas (fora da zona periférica) escapariam a sua identificação, porém esse é o método mais simples e de baixo custo, sendo a sua sensibilidade correspondente a 69% e sua especificidade a 97% dos casos.

O autor afirma que além do toque retal, existem alguns exames laboratoriais que podem ser realizados para o diagnóstico do câncer de próstata, entre eles, os mais usados, segundo Gomes (1997), são: Fosfatase ácida prostática (FAP); Fosfatase alcalina e Antígeno específico prostático

(PSA).



Com relação à idade que deve-se realizar o exame preventivo para o câncer de próstata, de acordo com Gráfico 3, percebe-se que 71,5 % (25) da amostra respondeu que sabe qual a idade indicada para o exame preventivo.



Apesar de quando perguntados sobre o conhecimento da idade que deve ser feito o exame preventivo, uma boa porcentagem da amostra respondeu que tem esse conhecimento, quando perguntados sobre qual idade seria esta, houve uma variação nas respostas, neste sentido o Gráfico 4, revela que 12 % (03) da amostra respondeu que esse exame deve ser feito a partir dos 30 anos, 84 % (21) respondeu que essa idade seria a partir dos 40 anos e 2,8 % (01) que a

idade seria a partir 45 anos.

Segundo Meleiros (1999) só existe um modo seguro de se curar o câncer da próstata: descobrindo-o precocemente, ou seja, submetendo-se ao exame preventivo. E este exame deve ser realizado por urologista, anualmente, a partir dos 45 anos. Dessa forma, consegue-se detectar tanto a hipertrofia benigna da próstata quanto o câncer em fase inicial e ainda curável. Mesmo os pacientes operados da próstata por tumor não-maligno devem se submeter ao preventivo, pois as cirurgias para o tratamento das doenças benignas da próstata não a retiram por completo, deixando intacta sua cápsula, a partir de onde o câncer pode desenvolver-se.

De acordo com o autor supracitado, não se deve esperar pelo aparecimento dos sintomas para recorrer ao exame preventivo. Seguramente, quando os sintomas começarem a se manifestar, a doença já existirá há algum tempo e poderá estar espalhada pelo corpo. É importante salientar, de acordo com Meleiros (1999), que homens com história familiar de câncer de próstata (principalmente os de primeiro grau - pais e irmãos) devem fazer os exames preventivos de 6 em 6 meses, após os 40 anos de idade.

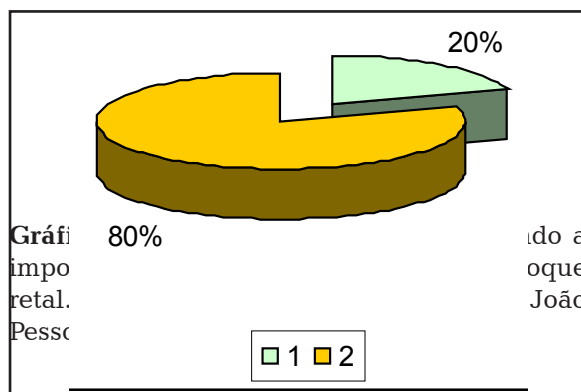
preciso evitar o surgimento de doenças ou problemas que afetem a saúde. Neste caso, a prevenção é o melhor caminho a tomar, e prevenir-se das doenças não é difícil, basta saber quando, como e o que fazer. Vale a pena frisar que existem doenças que podem afetar qualquer pessoa; outras afetam exclusivamente as mulheres, ou apenas os homens, no entanto há doenças que atingem, sobretudo, o homem maduro.

De acordo com o INCA (2007c), o câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais freqüente nos homens, e representa a terceira causa de morte por câncer em homens com mais de 50 anos de idade. Portanto, é uma doença grave e que deve ser identificada e tratada logo no início, pois, caso isto não ocorra, pode levar à morte. Como na maioria das vezes o tumor desenvolve-se vagarosamente sem apresentar grandes sintomas, a única alternativa para os homens com idade superior a 40 anos é submeter-se anualmente ao exame preventivo de rotina.

Saber o que é o câncer de próstata, alertar sobre seus perigos, compreender o que fazer para evitá-lo e ter a consciência de que é possível realizar um tratamento bem sucedido se a doença for identificada em seu início, são as armas de combate. A disseminação dessas informações torna-se uma das maiores contribuições que a educação em saúde pode trazer à população masculina adulta, principalmente no que tange às ações de enfermagem.

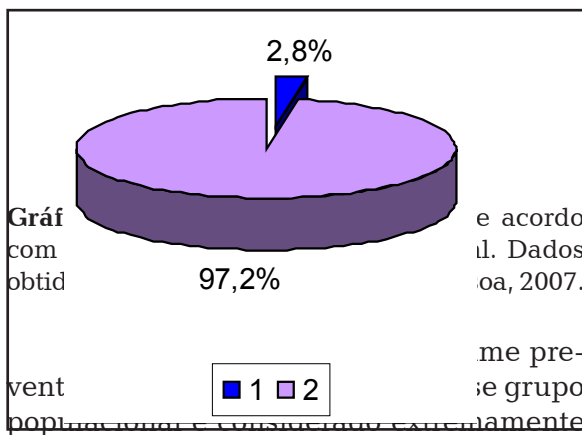
Sabe-se que o câncer de próstata é muito comum em homens com mais de 50 anos, idade importante na vida de um homem. Ele está forte, disposto e, com a experiência acumulada pelos anos vividos, quer gozar com tranqüilidade e sabedoria a segunda metade de sua vida. Se tiver família, seus filhos começam a ficar ou já estão independentes. Ele já construiu muita coisa e continua ativo. Pode viver muito ainda, e de modo algum precisa enfrentar doenças como o câncer de próstata. A prevenção de rotina lhe assegurará a tranqüilidade para dar continuidade a sua vida, com saúde e energia (INCA, 2007c).

No entanto, alguns homens têm vergonha de fazer este exame por acharem que sua masculinidade será atingida. Outro sentimento bastante corrente e que tem impedido muitos deles de identificarem a



Quando à importância da realização do exame, percebe-se através do Gráfico 5, que 20 % (07) considera esse exame importante, enquanto que 80 % (28) considera esse exame muito importante. Todos têm o direito de procurar viver de modo saudável, no entanto, para que isto aconteça é

doença e se tratar enquanto ainda é tempo, é o medo. Portanto, a equipe de saúde tem um papel de suma importância, no sentido de conscientizar essa população específica sobre a importância do exame, desmistificando alguns aspectos que têm impedido a sua adesão.



machista, de acordo com o Gráfico 6, obtivemos um percentual muito bom de adesão onde 97,2 % (34) dos participantes responderam que se submeteriam ao exame de toque retal, enquanto que apenas 2,8 % (01) não se submeteria a esse exame. O que demonstra um grau de conscientização bastante favorável, onde os preconceitos e tabus devem ficar à parte, que independente de como se realiza o exame, o que importa é a manutenção e a preservação da saúde do indivíduo.

Na vida, algumas atitudes podem ser influenciadas de acordo com o contexto em que se vive, de acordo com a cultura, e muitas vezes de acordo com a religião ou crenças pessoais. As respostas da amostra, quando indagados se a opinião dos colegas influencia na tomada de decisões, reveladas no Gráfico 7, apontam que 11,4 % (04) da amostra acha que sempre é influenciado, 34,3% (12) acham que são influenciados algumas vezes e 54,3 % (19) acham que nunca são influenciados.

Esses dados podem ser perigosos, pois de acordo com esses percentuais quando somados aos que responderam que sempre são influenciados, com os que são

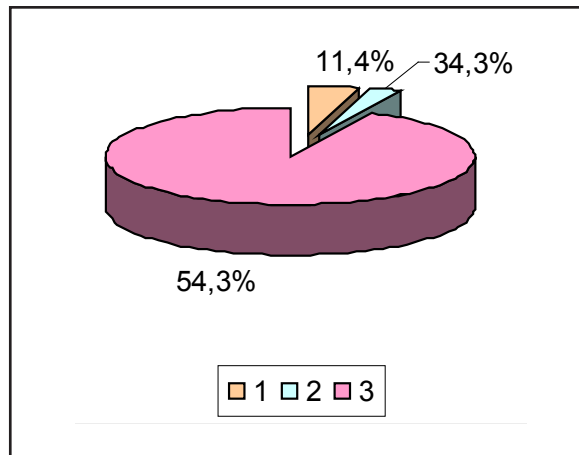


Gráfico 7: Distribuição da amostra de acordo com a influência da opinião dos colegas acerca do exame de toque retal. Dados obtidos por ocasião do estudo, João Pessoa, 2007.

influenciados alguma vez, somam um total de 45,7 %, ou seja, perfazem quase 50% da amostra, o que podemos inferir que, se os colegas acharem que o exame preventivo do câncer de próstata não deve ser realizado, poderão influenciar os demais a não realizarem o exame.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação do campo do saber no que concerne ao estudo acerca do câncer de próstata, ou mais especificamente sobre o exame preventivo para esta patologia, se torna um tema de extrema relevância, já que o estudo nos possibilitou observar através da análise da amostra que fizeram parte do estudo, que os mesmos são pessoas esclarecidas "até certo ponto", no que diz respeito ao exame preventivo do câncer de próstata, pois os dados revelaram que esta população possui conhecimentos errôneos a respeito do exame, principalmente no que se relaciona à idade para realização e os tipos de exames disponíveis.

No que tange à adesão ao exame preventivo, deve-se ressaltar que este foi um dado bastante importante, assim como bastante revelador, porque como bastante revelador, porque como comentado nas etapas operacionais, esta população é considerada extremamente machista e acreditávamos que a adesão ao exame teria um percentual baixo, porém se percebeu que a maioria da amostra se submeteria

ao exame, o que demonstra que eles compreendem o valor e a necessidade da realização do exame preventivo.

No entanto, é importante destacar que a amostra revelou-se um tanto quanto vulnerável, quando responderam que a opinião dos colegas influenciaria nas suas decisões, este fato foi observado em quase metade da amostra, podendo-se supor com esse resultado que esta influência pode ser positiva ou negativa, fato que não foi investigado neste estudo, mas que pode dar margem a estudos futuros. Através destas reflexões fica como sugestão, a partir deste

estudo, que a instituição pro-mova ações de saúde para os seus profissionais, para dessa forma contribuir, não apenas para a minimização da incidência do câncer de próstata, mas para a diminuição de outros agravos à saúde.

EXAMINATION OF PLAYING RECTAL : AN INVESTIGATION WITH A BEVY OF POLICEMAN

ABSTRACT

There is evidence that prostate cancer is the second leading cause of death among men, especially from the middle age, in this sense, the problem involves the study stems from the fact that the incidence of prostate cancer is relatively large, the its high mortality rate, and also because it is a condition which can be diagnosed early through the rectal touch, with most of the time, for cultural reasons macho and prejudiced, men do not undergo this primary preventive diagnostic examination. One important factor that increased the interest on the study was the fact that through informal conversation, I noticed that a group of police reported the resistance before the test of rectal touch. To meet this study the following objectives: establishing knowledge about the preventive examination of prostate cancer in a group of police, investigate the existence of factors leading to non-completion of preventive examination. The study was conducted by the Office Criminal Silvio Porto, with the sample 35 participants who agreed to participate. To collect the data we used an instrument composed of questions relating to socio-demographic data and related to the proposed objectives. The results revealed that the study population needs better information about the preventive examination of prostate cancer, as the basis of data collected got answers that were less than expected, therefore, it is suggested that the imposition promoted events to support the promotion so that health professionals have more knowledge on the subject, enough knowledge to be an instrument capable of qualitatively affect the health of these individuals.

Key words: Prostate cancer. Prevention. Nursing.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº196/96**: dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 2000.

COSTA *et al.* Metodologia da pesquisa: coletânea de termos. João Pessoa: Ideia, 2000.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 311/2007**: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r311.htm>>. Acesso em: 28 fev. 2007.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R. **Oncologia Básica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil no ano 2000**. Disponível em <http://inca.gov/fact/7_1.htm>. Acesso em: 28 fev. 2007a.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil no ano 2002**. Disponível em <http://inca.gov/fact/7_1.htm>. Acesso em: 28 fev. 2007b.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Ministério da Saúde, 2003 Disponível em <http://inca.gov/fact/7_1.htm>. Acesso em: 28 fev. 2007.

MELEIROS, A. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos, 1999.

OTTO, S.E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

Monografia

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ANÁLISE AO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Tânia Cinira Vieira da Costa Nobrega¹

Gisetti Corina Gomes Brandão²

Maria de Fátima de Sousa Ramalho F. Lacerda³

Rogélia Herculano Pinto⁴

RESUMO

Esta pesquisa busca estabelecer uma reflexão sobre a humanização na assistência de enfermagem ao paciente no centro cirúrgico, identificando sua necessidade e importância na atividade da enfermagem, apesar de ser um assunto muito abordado no meio acadêmico, na prática, ela não tem se concretizado. O objetivo geral da referida pesquisa foi analisar a assistência de enfermagem prestada ao paciente no contexto do centro cirúrgico, especificando resgatar dos profissionais que atuam no bloco cirúrgico a assistência prestada e analisar a assistência de enfermagem integral, individualizada, humanizada, tendo como centro da atenção o paciente cirúrgico. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, que está situado à Rua Horácio Nóbrega, no bairro do Belo Horizonte, na cidade de Patos - PB. A população investigada foi composta pelos profissionais que atuam no centro cirúrgico. A amostra compreendeu quatorze (14) profissionais que estiveram presentes no local no momento da coleta dos dados, atuando no centro cirúrgico e aceitaram participar da pesquisa, considerando os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta dos dados aconteceu a partir da entrevista estruturada, contendo questões abertas, que foi realizada durante o período de 18 de julho a 08 de agosto de 2006, na qual os dados obtidos foram analisados com base num enfoque qualitativo, através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Na análise constam oito (8) ideias centrais e os Discursos do Sujeito Coletivo referentes a cada uma delas, que evidenciam que a maioria dos profissionais de enfermagem não presta uma assistência humanizada no centro cirúrgico, apresentando idéias divergentes sobre uma assistência holística e humanizada durante todo o processo do ato cirúrgico. Durante o estudo, percebemos que a assistência de enfermagem em centro cirúrgico tem sido um desafio constante, pois encontramos resistência de alguns funcionários e de vários profissionais de outras áreas, porém, acreditamos que o cuidado é essencial para a prática da enfermagem.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico. Assistência de Enfermagem. Humanização.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a definição do Ministério da Saúde (2003, p.25), "a unidade de centro cirúrgico é o conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésicas e pós-operatória" (BRASIL, 2003).

O centro cirúrgico é um dos setores mais complexos do hospital, visto que trata-se de uma unidade composta por várias áreas interligadas entre si, a fim de proporcionar ótimas condições para a realização do ato cirúrgico.

¹ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos-PB –FIP - 2006.

² Enfermeira. Mestre em Gestão Educacional. Professora da FACENE e Universidade Federal de Alagoas – UFAL. Endereço: Rua Paulino Pinto, 545, Tambaú, CEP: 58039250 – João Pessoa-PB. Tel.: (83) 88901451. E-mail: gisettibrandao@ig.com.br.

³ Enfermeira. Professora da FIP – Faculdades Integradas de Patos – PB.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Vitória da Conquista –BA.

Possari (2004, p. 27), complementa nossa idéia quando diz que:

O centro cirúrgico (cc) pode ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especificidade, presença constante de estresse e a possibilidade de riscos à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica. Portanto o centro cirúrgico é constituído de um conjunto de áreas e instalações que permite efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o paciente, e de conforto para a equipe que o assiste.

Reconhecer o centro cirúrgico como um espaço especial dentro do hospital, convenientemente preparado segundo o conjunto de requisitos que o tornam apto à prática da cirurgia, acaba por constituir-se como argumento para justificar o interesse pela temática em questão, posto que sabemos o quanto é necessário dispor de uma unidade dentro do hospital, composta por várias áreas interligadas entre si, a fim de proporcionar ótimas condições para a realização do ato cirúrgico.

É nossa pretensão analisar a assistência prestada ao paciente de forma holística e humanizada. Esta inquietação de pesquisar foi percebida a partir de experiências adquiridas durante a realização dos estágios supervisionados das disciplinas Enfermagem Cirúrgica I e Enfermagem Cirúrgica II, no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, na cidade de Patos, quando observamos a necessidade de nos aproximarmos mais do centro cirúrgico, priorizando o contato direto.

Apesar dos avanços produzidos na saúde, percebe-se ainda existir inúmeras dificuldades em prestar uma devida assistência de enfermagem direta ao paciente em todas as etapas do processo cirúrgico, destacando a importância desta para o sucesso do tratamento e o pronto restabelecimento do paciente. Neste contexto, é viável questionar: Qual a assistência de enfermagem prestada ao usuário no contexto do centro cirúrgico? E como podemos falar em humanização do paciente, se

antes não podemos constatar a presença de equipes humanizadas?

A proposição para a realização do presente estudo surgiu pela necessidade em obter-se um levantamento de informações precisas sobre a assistência da enfermagem ao paciente no centro cirúrgico voltado à metodologia que deverá ser aplicada nas funções operacionais do centro cirúrgico, ou seja, propor ações que melhorem o fluxo que compreende desde a admissão do paciente no centro cirúrgico e o efetivo início do procedimento cirúrgico, até a sua saída do centro cirúrgico, o que justifica plenamente a escolha do tema.

Ao contrário de outros empreendimentos, a "matéria-prima" básica dos hospitais é o doente, e cabe a eles reintegrá-lo à sociedade em condições de retomar, tanto quanto possível, as funções que desempenhava anteriormente. É nesse momento que o cuidado deve ser entendido com o um ato de integração, constituído de ações e atividades de enfermagem, dirigidas ao paciente e com ele compartilhadas, envolvendo o diálogo, a ajuda, a troca, o apoio, o conforto, a descoberta do outro, valorizando-o, compreendendo-o e ajudando-o a melhorar sua condição no enfrentamento da cirurgia ou diante de uma situação de risco.

1.1 Objetivos

Objetivo Geral

Analisar a assistência de enfermagem prestada ao usuário no contexto do centro cirúrgico.

Objetivos Específicos

- Resgatar dos profissionais que atuam no bloco cirúrgico a assistência prestada ao paciente.
- Analisar a assistência de enfermagem integral, individualizada, humanizada, tendo como centro da atenção o usuário cirúrgico.
- Identificar a percepção dos profissionais

acerca do tema humanização.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

O estudo ora apresentado teve a intenção de analisar a assistência de enfermagem prestada ao paciente no contexto do centro cirúrgico. Nossa pesquisa foi do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa.

Segundo Ludke e André (2001), a pesquisa exploratória qualitativa faz com que compreendamos a complexidade das experiências e os seus significados. Permite apreender os fenômenos capturando os diferentes significados das experiências no ambiente investigado, facilitando assim a compreensão das relações entre os indivíduos, seu contexto e suas ações.

2.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, situado à Rua Horácio Nóbrega, s/n, no bairro Belo Horizonte – Cep. 58.704-000, na cidade de Patos -PB.

2.3 População e amostra

A população foi composta pelos profissionais que atuam no centro cirúrgico.

A amostra selecionada para o estudo consistiu de quatorze (14) profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa, estiveram presentes no local no momento da coleta dos dados, e que atuam no centro cirúrgico.

Para Marcondi (2000 *apud* Oliveira 2005), universo ou população é um conjunto de elementos que possuem algumas características apresentando, pelo menos uma característica comum, enquanto que amostra é uma porção convenientemente selecionada do universo, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo.

2.4 Instrumento de coleta dos dados

O instrumento que foi utilizado foi um questionário em uma entrevista estruturada.

Segundo Cervo (2002), entrevista é uma conversa orientada que tem como objetivo definido colher, por meio do interrogatório do informante, dados para a pesquisa. A entrevista nos proporciona também registrar as observações sobre a aparência, o comportamento e as atitudes do entrevistado.

2.5 Procedimento Ético

A realização da pesquisa aconteceu após seguirmos os trâmites legais, através da formalização ou solicitação via ofício da coordenação do curso, à direção do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro onde, após autorização do diretor da referida Instituição, aconteceu a coleta dos dados, respeitando os ditames éticos preconizados pelo código de ética dos profissionais de enfermagem e foi preservado o anonimato dos profissionais envolvidos nesta pesquisa, em base de acordo com a Resolução 196/96, de pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Todos os participantes do estudo tomaram conhecimento dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como foi solicitada sua assinatura nesse termo e explicamos a liberdade de escolha quanto a sua participação na referida pesquisa, garantia do anonimato, e esclarecimento sobre os procedimentos para coleta dos dados.

2.6 Coleta dos dados

Para facilitar os transcritos das respostas da entrevista foi utilizado um gravador, com fita cassete no momento da coleta.

Segundo Oliveira (2005), essa fase

se inicia quando é feita a aplicação dos instrumentos de pesquisa definidos no projeto de pesquisa, como: as entrevistas, os questionários, as observações, o registro nas planilhas específicas a cada objeto de pesquisa e outros critérios. Essa coleta de dados exige do(a) pesquisador(a) muita perseverança, paciência, habilidade e força de vontade.

QUADRO I: Entendimento acerca da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico.

Idéia Central	Discurso do sujeito coletivo
A assistência de enfermagem deve ser prestada de forma holística e humanizada na fase perioperatória.	<p>“É uma assistência prestada ao paciente de forma holística independente de idade [...]”. “É o conjunto de procedimentos e toda a assistência que prestamos desde a sua admissão na unidade cirúrgica, durante o ato operatório até a sua saída, vai desde a parte de procedimentos técnicos à humanização [...]”. “Deve ser de forma que respeite os direitos de um ser humano [...]”. “É um processo que engloba todas as ações de enfermagem desde o período pré-operatório até o pós-operatório, identificando os problemas, fazendo o diagnóstico, elaborando, implementando os cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico [...]”. “Se dá de forma contínua e integral.” “Nesta assistência a gente vai tranquilizar, explicar o ato cirúrgico, as intercorrências que possam vir a acontecer, as complicações e dar o conforto, porque o ato cirúrgico é um ato que amedronta o paciente, nesta hora a gente pode acalmá-los explicando todo o procedimento.”</p>

QUADRO II: Admissão ao paciente no centro cirúrgico pela equipe de enfermagem.

Idéia Central	Discurso do sujeito coletivo
<p>A admissão do paciente refere-se aos procedimentos técnicos e também humanizados.</p>	<p>“O técnico admite o paciente com o prontuário com todos os dados e exames laboratoriais, a tricotomia e vestes adequadas [...]”. “O paciente é recebido pela equipe de enfermagem, a enfermeira explica o que é a cirurgia e todas as dúvidas que vier a acontecer, deixando o paciente bem tranquilo, apesar que o bloco cirúrgico ainda assusta muitos pacientes, tendo integração da equipe que ajuda muito e bastante harmonia no local [...]”. “Fica difícil dizer, mas pela experiência que eu tive, primeiro tem o livro de ata que a gente admite o paciente, tem uma ficha específica que tem todos os dados do paciente, tipo de cirurgia, o que vai ser usado, o tipo de anestesia, a equipe, o médico, cirurgião, anestesista, todos que estão fazendo parte daquela cirurgia [...]”. “Depois que o paciente é conduzido ao bloco cirúrgico pelo maqueiro, a equipe o acolhe, prestando-lhe assistência a todas as suas necessidades para que o mesmo sintasse tranquilo para o bom transcurso da cirurgia [...]”. “Nós temos que certificar da cirurgia no centro cirúrgico se ela está marcada. Encaminha o paciente para a cirurgia, posiciona na mesa cirúrgica oferecendo conforto e segurança, monitoriza o paciente, auxilia o anestesista, controla os sinais vitais providencia o equipamento necessário de acordo com cada cirurgia e realiza cateterismo vesical, quando necessário[...]”. “Investigar dados sobre a assistência pré-operatória, verificar dados contidos na papeleta do</p>

paciente, confirmar, conferir a identificação do paciente, pesquisar se ele assinou o termo de consentimento livre e esclarecido e encaminhá-lo à sala de cirurgia, conferindo se todos os cuidados perioperatório foram bem prestados[...]. "Não existe um pré-operatório no hospital porque a maioria das cirurgias são de urgências, muitas vezes a equipe de enfermagem não tem tempo de preparar o paciente psicologicamente e fisicamente, ele entra na sala de cirurgia sem saber nenhum tipo de informações sobre a cirurgia e isso dificulta muito a sua recuperação, amedronta mais ainda durante o intraoperatório[...]. "A admissão do paciente no centro cirúrgico deve ser sequenciada à clínica pré-operatória, incluindo a anamnese."

QUADRO III: Assistência prestada ao paciente cirúrgico.

Idéia Central	Discurso do sujeito coletivo
Os profissionais prestam assistência técnica e apoio psicológico no pós-operatório.	<p>"É uma assistência usando o apoio psicológico e o orientando a que tipo de cirurgia vai se submeter [...]. "Recepção do cliente na unidade, orientações acerca da rotina do setor e dos procedimentos a que ele será submetido. Fazemos a monitoração, punção venosa, sondagem, quando necessário, e atendemos as demais necessidades do cliente no trans e pós-operatório imediato [...]. "Se dá através dos cuidados gerais, tais como: higiene corporal, administração de medicamentos seguindo prescrição médica [...]. Assistência às necessidades individuais do paciente, preparação do ambiente para o ato operatório, observando as normas para o controle da infecção hospitalar, orientações gerais sobre a sua cirurgia, atenção às intercorrências durante a cirurgia, humanização da assistência prestada ao paciente [...]. "Prestamos toda assistência necessária, onde temos a função de circulante de sala e desempenhamos várias funções, tais como: administrar venóclise, monitorizá-lo, anotar os sinais vitais, etc. [...]. "Visa à recuperação fisiológica do paciente, as ações de enfermagem estão voltadas para a higiene e o conforto, higiene porque quando o paciente sai geralmente de uma cirurgia, ele sai melado de sangue, a gente faz a troca, realiza curativos, controla os sinais vitais, estimula a deambulação precoce, administra os medicamentos conforme prescrição, orienta quanto à dieta e faz o relatório de enfermagem implementando a sistematização da assistência de enfermagem."</p>

QUADRO IV: Entendimento sobre humanização.

Idéia Central	Discurso do sujeito coletivo
<p>Humanização é a assistência prestada ao paciente valorizando-o como ser humano.</p>	<p>"É o tratar com o paciente, ouvindo as suas queixas e informando-lhes a respeito de suas dúvidas [...]". "É deixar o paciente mais à vontade, com valor na sociedade, que muitos empobrecem e nós, como humanos, deveremos deixar sempre em harmonia, apesar das dores e sofrimentos para eles se sentirem valorizados diante do mundo [...]". "Conjunto de ações e procedimentos que visam a tornar digno o atendimento ao paciente, fazendo com que o mesmo sinta-se valorizado e incluso na situação (ora cirúrgica) em que se encontra de atendimento à saúde [...]". "Tratar com respeito qualquer que seja o indivíduo, sem discriminação do tipo de sexo, idade situação socioeconômica e cultural [...]". "É você ficar junto, tentar resolver o lado dele e tentar fazer com que ele fique cada vez melhor[...]". "É a maneira digna e respeitosa como deve ser tratado o cliente, respeitando suas opções, valorizando suas queixas, atendendo-lhes em todas as suas necessidades [...]". "São ações em defesa do bem-estar do paciente, de forma humana."</p>

NURSING ASSISTANCE: ANALYSIS TO THE PATIENT IN THE SURGICAL CENTER**ABSTRACT**

The purpose of this study is to establish a reflexion about the humanization of the nursing assistance for surgical unit patient, identifying and demonstrating the needs and the importance of the nursing staff daily activities. Although this subject has been discussed in the academic environment for a long time, it has not been put into practice. The main goal of this study is to analyze the nursing assistance for patient in context of the surgical unit and as specific goals to analyze the integral, individualized and humanize assistance nursing focus on surgical patient. It is an exploratory descriptive search in which a qualitative method was used. This search took place in Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro that is located in Horácio Nóbrega Street, Belo Horizonte, Patos – PB. The analyzed data were the workers in surgical unit. The sample was composed for fourteen workers that were in place at the moment of data collection and who accepted to participate in the research, considering the ethical aspects in the research involving human beings, recommended from the Resolution 196/96 of the National Health Council. Happened collection was carried out through interviews, with open questions, from July 18, 2006 to August 08, 2006. The qualitative technique was employed in this study in order to analyze Collective Subject Discourse. The study includes an analysis of eight ideas and the Collective Subject Discourses about them. The results show that the most nursing team hasn't reached the levels of a safe nursing care in surgical unit. We can find different ideas about holistic and humanize assistance during all surgical process. In this study, we discover that the nursing assistance in surgical unit has been a constant challenge, since we find professionals that resist. Therefore, we believe that care is essential for nursing practice.

Keywords: Surgical Unit. Nursing Assistance. Humanization.

Normas Editoriais

Objetivos

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança – ISSN 1679-1983 é uma publicação semestral, de circulação nacional, da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., entidade mantenedora das Faculdades Nova Esperança, e tem como objetivo publicar trabalhos científicos originais na área da saúde e correlatas, no intuito de disseminar o conhecimento científico, além de estar aberta a contribuições internacionais no campo da ciência.

Os textos encaminhados para publicação devem ser originais ou provenientes de dissertações e teses, não remetidos a outros periódicos e, no caso dessas últimas, que não tenham sido publicadas.

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança permite a reprodução dos trabalhos publicados, desde que citada rigorosamente a fonte.

Os manuscritos serão avaliados quanto à originalidade, relevância do tema, coerência científica e atendimento às normas éticas.

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança aceita trabalhos remetidos por e-mail, desde que sejam seguidas as orientações contidas nas Normas para Análise dos Artigos.

Autoria

Os manuscritos encaminhados para publicação deverão atender às seguintes especificações:

1. **Folha de rosto:** contendo os dados de identificação do(s) autor(es), como: titulação acadêmica, instituição de origem, endereço convencional, telefone, endereço eletrônico (do autor correspondente) e página eletrônica (quando possuir), especificando a seção para a qual envia o trabalho (Artigos Originais: Traduções, Resenhas, Ensaio etc.; Pesquisa, Carta ao Editor, Resumo de Tese, Relato de Caso, Errata);
2. **Declaração:** atestando que o manuscrito é original, encaminhado à Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança para a seção pertinente, e devidamente assinada pelo(a) autor(a) e pelos demais, quando for o caso, cedendo os direitos autorais à Revista e autorizando sua publicação.
3. O nome completo de cada autor deverá vir sem abreviação, supressão ou inversões.
4. Aceitam-se, no máximo, 5 (cinco) autores por trabalho para cada edição.
5. A Revista se reserva o direito de admitir, para apreciação, apenas um trabalho por autor e edição.

Procedimentos éticos

1. Enviar cópia de **Parecer favorável e definitivo** emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido e cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa – SISNEP, ou diretamente pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, quando o trabalho envolver seres humanos (direta ou indiretamente), de acordo com o que preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS nº 196/96, e suas complementares.

2. Cada artigo ou trabalho enviado à Revista será encaminhado a dois revisores *ad hoc* na área, que emitirão parecer consubstanciado, de acordo com as normas da Revista, do conteúdo e dos procedimentos éticos que envolvem o trabalho. A lisura da avaliação exige que os revisores desconheçam a autoria dos trabalhos e os autores desconheçam a identidade de seus revisores. Tal procedimento visa a assegurar a integridade ética e profissional dos sujeitos envolvidos nesse processo.
3. Os conteúdos presentes nos textos são de total responsabilidade dos autores, cabendo a estes responder pelos mesmos.

Normas para Análise dos Artigos

Envio dos originais

1. Remeter uma cópia do artigo em CD-ROM, acompanhado de duas cópias impressas em papel no formato A4 e editor de texto Microsoft Word for Windows, em versão atualizada para a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, Centro de Ensino das Faculdades Nova Esperança – Facene/Famene localizado à R. Artífice Pedro Marcos de Souza, 12 – Valentina Figueiredo, João Pessoa-PB – CEP: 58064-000. Em uma das cópias, os nomes dos autores devem ser suprimidos, visando a análise pelos revisores.
2. A Revista aceita o envio de trabalhos, preferencialmente, via e-mail. Desde que, para isso, os autores sigam os critérios a seguir:
 - a. envio da documentação completa e assinada referida nos itens Autoria e Procedimentos Éticos;
 - b. aceita-se o envio da documentação via e-mail, desde que esteja devidamente assinada, escaneada e anexada ao artigo.
3. Utilizar em todo o texto a fonte Arial, tamanho 12, espaço entre linhas 1,5 cm; configuração de página: margem superior 3cm, inferior 2cm, esquerda 3cm e direita 2cm.
4. Os autores ficam responsáveis pela rigorosa revisão gramatical dos originais manuscritos, não cabendo à Revista tal procedimento. Em caso de constatação da ausência da revisão textual, o Conselho Editorial reserva-se no direito de recusar os trabalhos que não seguirem esta norma.
5. Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio do trabalho.
6. O Conselho Editorial reserva-se no direito de rejeitar os artigos que não apresentarem valor científico, falha ética ou que tenham erros significativos de metodologia, gramática, bibliografia, bem como de realizar adaptações ao estilo da Revista.
7. Em hipótese alguma os CDs e originais impressos serão devolvidos.

Folha de Rosto

A Folha de Rosto deve conter:

1. **TÍTULO E SUBTÍTULO** (quando houver) em língua portuguesa, em caixa-alta, centralizado e em negrito.
2. Os nomes dos autores em formato normal, com apenas as iniciais em maiúsculo e em notas de rodapé, em números cardinais, com as informações pedidas no item 1 da Autoria.
3. **RESUMO** - Título em caixa-alta e em negrito alinhado à esquerda; texto em língua portuguesa, espaço simples, com no máximo 300 palavras. Expressará de maneira precisa e concisa, o material e métodos utilizados, o que foi observado ou realizado e as conclusões que o(s) autor(es) considera(m) justificadas. A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto, inclusive de palavras abreviadas, e deverá conter a seguinte estrutura: INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO, e CONCLUSÃO. O resumo deverá ser acompanhado de até cinco palavras-chave que são palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. As palavras-chave deverão ser baseadas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine. O DeCS pode ser consultado através do endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>. Estas devem vir no final do Resumo, alinhadas à esquerda, sem espaço entre linhas, precedidas de ponto a cada palavra.

Resumo em Língua Estrangeira

1. Como elemento pós-textual deve vir no final do trabalho, antes das referências. Aceita-se o resumo em inglês *Abstract*, ou em espanhol *Resumen*, ou em francês *Résumé*. Segue os mesmos padrões do Resumo na versão em português e deve ser absolutamente fiel ao original.
2. As palavras-chave em língua estrangeira, a saber, em inglês *Keywords*; em espanhol *Palabras clave*; e em francês *Mots-clés* seguem, obrigatoriamente, as mesmas orientações da versão em português.

Normas Específicas para os Textos

1. **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Conclusão, Resumo em língua estrangeira e Referências Bibliográficas (apêndices e anexos são opcionais). Máximo de 15 laudas.

Itens que compõem esta seção

Introdução: deve estabelecer com clareza o objetivo do trabalho e sua relação com outros trabalhos no mesmo grupo. Extensas revisões da literatura não serão aceitas, devendo ser substituídas por referências aos trabalhos ou fontes mais recentes, onde tais revisões tenham sido apresentadas. Deve esclarecer: a) a natureza do problema cuja resolução se descreve no artigo; b) a essência do estado da arte no domínio abordado (com referências bibliográficas); e c) o objetivo do artigo e sua relevância (justificativas) para fazer progredir o estado da arte.

Material e Métodos (quando a pesquisa envolve seres humanos): descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e caracterizar a amostra, detalhar técnicas e equipamentos novos, indicar quantidades exatas, referenciar os métodos e as técnicas utilizadas, incluindo métodos estatísticos, de modo a permitir reprodutibilidade. Recomenda-se evitar descrições extensas de métodos rotineiros. Não devem ser utilizados nomes comerciais, nomes pessoais ou iniciais de pacientes, fotos que o exponham e similares, nem seus números de registro hospitalar.

Resultados: todos os resultados devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Orienta-se evitar superposição de dados como textos e como tabelas. Destaque apenas para as observações mais importantes, com um mínimo de interpretação pessoal. Utilizar gráficos simples e de fácil compreensão. Sempre que necessário, os dados numéricos devem ser submetidos à análise estatística.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outros achados já publicados. Comunicações pessoais ou publicações de caráter restrito devem ser evitadas como provas de argumento. Hipóteses e generalizações não baseadas nos dados do trabalho devem ser evitadas. As limitações do trabalho bem como suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas.

Conclusões: deve-se apresentar o conjunto de conclusões mais importantes, evitando detalhes não pertinentes, retomando os objetivos do trabalho. As conclusões podem também ser incluídas no item “discussão”; neste caso, não há necessidade de repeti-la em itens à parte.

Agradecimentos (opcional): quando desejados devem ser apresentados no final do texto, breves e diretos, mencionando-se os nomes de participantes que contribuíram, intelectual ou tecnicamente, em alguma fase do trabalho, mas não preencheram os requisitos para autoria. Devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das Referências Bibliográficas.

Referências

Citações:

- As Referências deverão ser reunidas no final do trabalho, em ordem alfabética, de acordo com as especificações da ABNT/NBR 6023.
- As notas deverão ser registradas no rodapé da página, conforme a ABNT/NBR 10520.
- Para citações *ipsis litteris* de referências bibliográficas deve-se usar aspas na seqüência do texto, de acordo com a NBR 6023.
- As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa deverão ser apresentadas entre aspas.

Ilustrações: tabelas, figuras e fotos devem estar inseridas no corpo do texto contendo informações mínimas pertinentes àquela ilustração (Por ex. Tabela 1; Figura 2; etc.), inseridas logo após serem mencionadas pela primeira vez no texto. As tabelas devem estar formatadas como a tabela clássica 1 do Word. Os gráficos devem ter boa definição. As fotos devem ser escaneadas com 300 ou mais DPI e salvas no formato TIFF ou BMP e lado maior igual a 18 cm. As Ilustrações e seus títulos devem estar alinhados à esquerda e sem recuo. O tamanho máximo permitido é de uma folha A4. Devem ser encaminhadas com as autorizações para reprodução: de material publicado anteriormente, ilustrações que podem identificar pessoas e para transferência de direitos autorais e outros documentos que se façam necessários.

2. **Artigos de revisão:** são trabalhos que têm por objetivo apresentar síntese e análise crítica da literatura levantada. Esta deve ser atualizada, referenciada e a discussão atual e pertinente. Deve incluir com clareza a delimitação do problema, dos procedimentos adotados e conclusões. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Considerações Finais, Resumo em língua estrangeira e Referências Bibliográficas. Deverão ter no máximo 50 citações de referências bibliográficas, organizadas em espaço simples. No máximo 10 laudas.
3. **Artigos de Atualização ou Divulgação:** são trabalhos que têm por objetivo a descrição e/ou interpretação sobre determinado assunto, considerado relevante ou pertinente na atualidade. No máximo 10 laudas.
4. **Comunicações breves/Relatos de caso/experiência:** se caracterizam pela apresentação de notas prévias de pesquisa, relatos de caso ou experiência, de conteúdo inédito ou relevante, devendo estar amparada em referencial teórico que dê subsídios a sua análise. No máximo 10 laudas.
5. **Resenhas:** apresentação e análise de livros publicados na área da saúde ou áreas afins. Serão aceitas para apreciação resenhas de livros publicados recentemente no Brasil ou no exterior. Os textos das resenhas deverão ser configurados da seguinte maneira: a) Referências completas do livro; b) Nome do autor da resenha; c) Instituição de origem; d) Texto analítico. No máximo 3 (três) laudas.
6. **Relatório de pesquisa:** texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área da saúde ou áreas afins (no máximo 4 laudas).
7. **Resumos de pesquisa:** em nível de especialização, de mestrado ou doutorado: texto original da monografia, dissertação ou tese com no máximo 1 (uma) lauda ou contendo 250 palavras.

Os textos deverão ser enviados ao Campus das Faculdades Nova Esperança (aos cuidados do Editor da Revista) à rua Artífice Pedro Marcos de Souza, 12, Valentina Figueiredo - João Pessoa-PB. CEP: 58064-000. Fone/Fax: (83) 2106-4791. E-mail: revista@facene.com.br.

